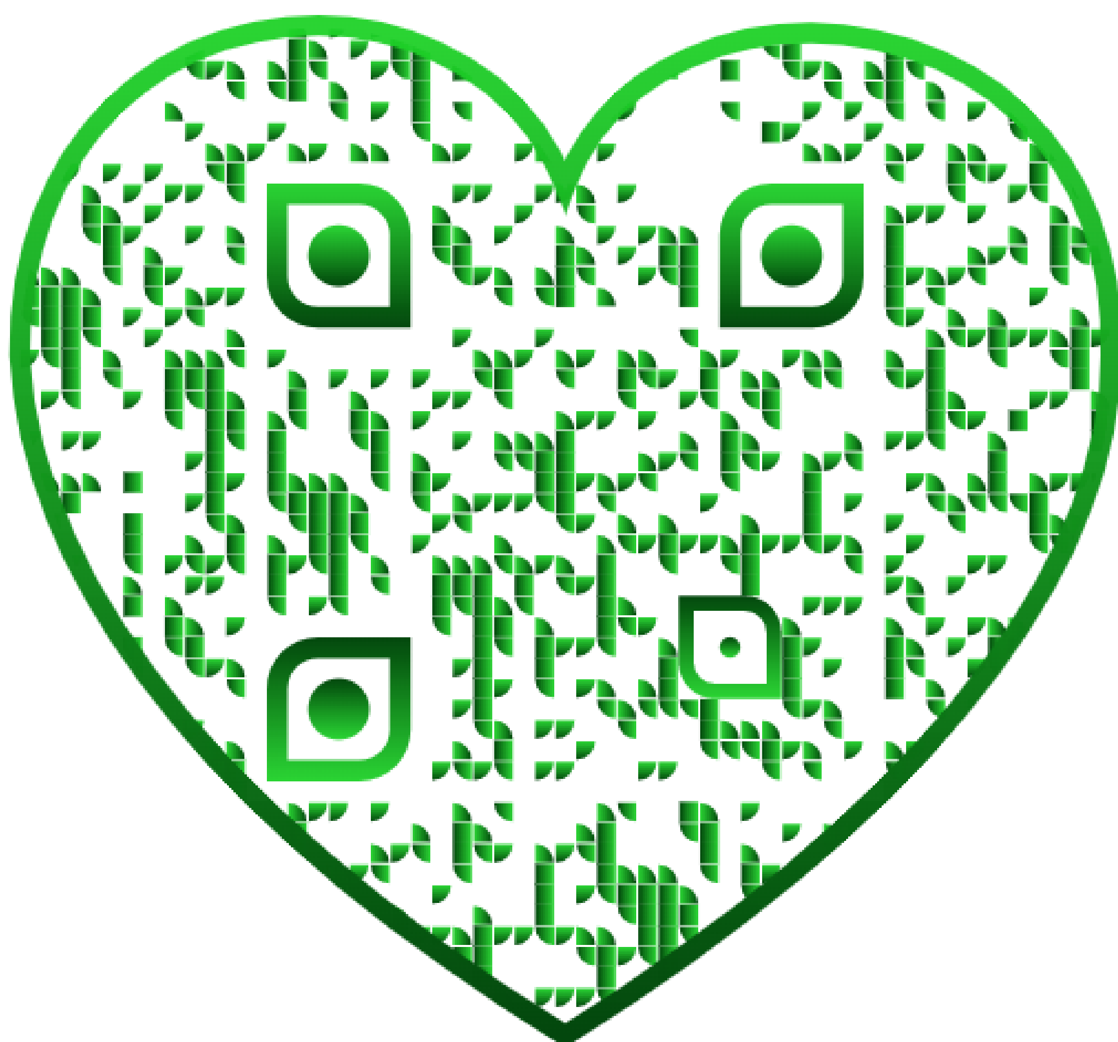
ORIENTAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL FRENTE A SITUAÇÕES DE SUICÍDIO E AUTOMUTILAÇÃO





Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação



BRASÍLIA
2020

XVI PLENÁRIO (2019-2022)
Diretoria
Conselheira presidenta Thessa Guimarães
Conselheira vice-presidenta Carolina Saraiva
Conselheiro tesoureiro Rafael Gonçalves de Santana e Silva
Conselheira secretária Sílvia Reis

Conselheiras e conselheiros efetivos
Thessa Guimarães
Rafael Gonçalves de Santana e Silva
Carolina Saraiva
Rebeca Bandeira de Souza Potengy
Regina Lúcia Sucupira Pedroza
Artur Mamed Cândido
Sílvia Reis
Demetrius Alves de França

Conselheiras e conselheiros suplentes
Lura Machado Costa
Tania Inessa Martins de Resende
Leida Maria de Oliveira Mota
Camila Moura Fé Maia
Taoan de Oliveira Kokay
Julia Matinatto Salvagni
Juliano Moreira Lagoas
Tarsis Malta Almeida
Romeu Sergio Maia de Albuquerque



CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL (CRP 01/DF)
SRTVN Quadra 701
Ed. Brasília Rádio Center
Ala A - Sala 4024
CEP 70719-900
Brasília - DF

www.crp-01.org.br
crp-01@crp-01.org.br
facebook.com/crp01df
instagram.com/crp01df
youtube.com/user/CRP01DF

C7554o Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal.
Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF —. Brasília: CRP, 2020.
48p.: il.

1. Atuação Profissional. 2. Orientação. 3. Psicologia. 4. Saúde. 5. Comportamento. 6. Suicídio - Prevenção. 7. Automutilação - Prevenção. 8. Intervenção Profissional. 9. Transtorno Mental. I. Título.

CDU 159-027.561

Bibliotecária: Tatiane de Oliveira Dias – CRB1/2230

Organização Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF
Coordenação Rubens Bias e Sílvia Reis
Autores Artur Mamed Cândido, Beatriz Montenegro Franco de Souza Parente, Felipe de Baére Cavalcanti D'Albuquerque, Fernando Pessoa de Albuquerque, Hyanne Minduri, Laura Campos de Moura, Natália López Tomé, Renan Lopes de Lyra, Rubens Bias Pinto, Sara da Silva Meneses, Sílvia Reis, Tania Inessa Martins de Resende
Projeto gráfico e diagramação Zabelê Comunicação | Gabriel Hoewell e Monica Rodrigues
Revisão Mayara Reis, Rubens Bias e Thessa Guimarães
Bancos de Imagens DepositPhotos, Freepik, Freevectors, Black Illustrations

Esta é uma publicação elaborada pelo Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP 01/DF). A reprodução é autorizada, desde que citada a fonte.

Sumário

APRESENTAÇÃO 7

CONCEITOS: DEFINDO OS COMPORTAMENTOS SUICIDAS E AUTOMUTILAÇÃO 8
Suicídio 8
Tentativa de suicídio 8
Planejamento do suicídio 9
Ideação suicida 9
Automutilação 9

EPIDEMIOLOGIA: IDENTIDADES, COMPORTAMENTOS E SITUAÇÕES QUE AUMENTAM AS CHANCES DE SUICÍDIO 10
Casos de suicídio no Brasil 11
Casos de suicídio no DF 11
Adolescentes 12
Pessoas idosas 13
Gênero 14
População LGBTI+ 14
População negra 15
População indígena 16
Baixa escolaridade 17
Tentativas de suicídio anteriores 17
Transtornos mentais e sofrimento psíquico prévio 18
Consumo abusivo de drogas 19
Desemprego e precarização das relações de trabalho 19
Profissionais de segurança 20
Pandemia de Covid-19 21

PSICODINÂMICA: CARACTERÍSTICAS, SENTIMENTOS E MOTIVAÇÕES DO COMPORTAMENTO SUICIDA 22
Sofrimento intolerável, perturbação, pressão 22
Dificuldade em lidar com adversidades e frustrações 23
Necessidade de parar a dor 23
As frases de alerta 23
Crises curtas e intensas 24
Ambiguidade: querer e não querer 24
Tentativas cada vez mais letais 25
Proximidade e facilidade de acesso aos meios 25
Efeito contágio 25
Sobreviventes: luto e estigma entre familiares e pessoas próximas 26

O QUE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA PODEM FAZER: ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS DE CUIDADO 27
Intervenção em crise 27
Avaliação de risco 27
Notificação compulsória de violência autoprovocada 28
Projeto Terapêutico Singular 28
Acolhimento, vínculo e corresponsabilização 29
Continuidade do cuidado 29
Grupos de apoio 29
Posvenção: cuidados e intervenções aos sobreviventes e apoio ao luto 30
Supervisão 30
Matriciamento ou apoio matricial 30
Trabalho em rede 31

O PAPEL DOS SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS PARA O CUIDADO 32
Hospitais gerais e unidades de pronto atendimento 32
Serviços de socorro e atenção pré-hospitalar: NUSAM/SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar 33
Serviço Telefônico 24h: CVV 33
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 33
Clínicas-escola 33
Unidades Básicas de Saúde (UBS) 34
Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs) 34
Clínicas particulares 34
Escolas e Setembro Amarelo 35
Serviços do SUAS: renda, moradia, vínculos familiares, deficiência, violência 36
Empresas e organizações 36

O QUE A SOCIEDADE PODE FAZER PARA PROTEGER 37
Preconceito e estigma 37
Mitos e verdades 38
Aspectos protetivos e estressores 39
Mídia 40
Redes Sociais 40
Austeridade fiscal e desigualdade social 41
Neoliberalismo e os efeitos na subjetividade 41
Garantia de direitos e políticas sociais: o papel do SUS, SUAS e educação 41

CONCLUSÃO 42

REFERÊNCIAS 43

Apresentação

O **CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL** (CRP 01/DF) é uma das entidades regionais que, juntamente com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), compõem o Sistema Conselhos de Psicologia no Brasil. Trata-se de uma autarquia pública que tem a responsabilidade de orientar, disciplinar e fiscalizar nosso exercício profissional.

Logo nos primeiros meses à frente da gestão do CRP 01/DF, no final de 2019, a Comissão Permanente de Orientação e Fiscalização (COF) sinalizou ao Plenário a intensa procura da categoria por orientação sobre os procedimentos para notificação compulsória de situações de violência, notadamente aquelas relacionadas às tentativas de autoextermínio, mas principalmente sobre como proceder para prevenir e cuidar das pessoas nessas ocasiões.

A Lei n° 13.819/2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Essa Lei amplia a notificação compulsória, além dos casos que chegam nos serviços de saúde, para casos que cheguem aos estabelecimentos de ensino públicos e privados, e insere os conselhos tutelares como órgãos a serem comunicados. A Lei exige que estabelecimentos de saúde e de ensino, públicos e privados, informem e treinem seus profissionais. Portanto, a demanda por compreender tal fenômeno é crescente.

Nesse sentido, o CRP 01/DF, por meio da sua Comissão Especial de Psicologia na Saúde, criou um grupo de trabalho (GT) composto por profissionais e especialistas que se debruçaram sobre a temática no esforço de sistematizar e compartilhar sua experiência e conhecimento para lidar com os desafios impostos por estas situações. Assim, produzimos o material que agora apresentamos. O guia "Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação" objetiva orientar a atuação profissional frente a demandas de prevenção, cuidado e notificação de situações que envolvam risco de autoextermínio, com base nos preceitos éticos e técnicos da profissão e nas normativas vigentes.

Para tanto, o Guia está organizado da seguinte forma: no primeiro capítulo, apresentamos os conceitos centrais, que serão trabalhados ao longo de todo o material. No segundo, situamos epidemiologicamente a questão do suicídio, relacionando-a com questões de gênero, raça, classe e grupos etários, por exemplo. No terceiro capítulo, discutimos aspectos da psicodinâmica do suicídio, tais como as identidades, os comportamentos e as situações que podem aumentar as chances da ocorrência de um suicídio. Nos capítulos seguintes, buscamos discutir aspectos relacionados ao cuidado das pessoas: o que a Psicologia pode fazer e o papel dos serviços e da sociedade.

Desde o princípio nos orientou uma preocupação de que a compreensão sobre esse fenômeno não fosse reduzida a um determinismo biológico, processo que patologiza, medicaliza e reduz a experiência dos sujeitos, sem ofertar ferramentas para a compreensão ou o cuidado com seu sofrimento. Compreendemos que a prevenção ao suicídio se faz com financiamento e fortalecimento da rede de atenção psicossocial. O Sistema Único de Saúde é a nossa maior ferramenta de prevenção ao suicídio e de democratização do acesso à saúde no Brasil. Este guia foi escrito por pessoas que defendem e atuam no SUS.

Com esta iniciativa, longe de pretender esgotar todos os tópicos relacionados a um assunto de tamanha complexidade, pretendemos dialogar com parte importante das demandas que se apresentam a nós, buscando favorecer uma atuação socialmente comprometida, politicamente engajada, ética e tecnicamente responsável.

Conceitos

Definindo os comportamentos suicidas e automutilação



NO PRESENTE CAPÍTULO, são apresentados os conceitos que serão trabalhados ao longo do Guia "Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação". A fim de estabelecermos uma melhor comunicação e possibilitar uma melhor compreensão sobre os fenômenos abordados, é importante evidenciar o sentido que empregamos a cada conceito que utilizaremos. Para tanto, buscamos na literatura algumas definições consensuais sobre conceitos como "suicídio", "tentativa de suicídio", "planejamento suicida", "ideação suicida" e "automutilação". Como se poderá perceber, embora se refiram a fenômenos intimamente vinculados, todos esses conceitos possuem uma caracterização própria e é importante sua definição.

SUICÍDIO

O suicídio é um ato deliberado, iniciado e concluído por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de sua morte. Ainda que possa haver ambivalência na ação, é escolhido um método que a pessoa considere ser fatal (OMS, 2001; CFM, 2014). Nesse sentido, o suicídio é um dos elementos do comportamento suicida - que envolve a ideação, o planejamento e a tentativa de autoextermínio (OMS, 2014).

Trata-se de um fenômeno multifatorial e sobredeterminado, de forma que quaisquer generalizações de fatores de risco ou explicações reducionistas são contraproducentes (MS, 2017a). Ao longo da história, já houve diferentes interpretações sobre o autoextermínio (MINOIS, 2018). Atualmente, embora seja um tema trabalhado em diversas áreas do conhecimento, a compreensão sobre o suicídio precisa ir além de interpretações que o reduzam a um fenômeno de ordem meramente biopsíquica, fazendo-se necessário levar em consideração sua natureza complexa, o que exige pensá-lo também a partir de dimensões históricas, socioambientais, culturais e econômicas.

TENTATIVA DE SUICÍDIO

A tentativa de suicídio diz respeito a qualquer conduta suicida não fatal ou dano provocado em si mesmo intencionalmente, enquanto o suicídio é reconhecido como o ato de matar a si mesmo (MS, 2019a). A pessoa pode realizar comportamentos autolesivos com intenção de morrer, podendo ser uma tentativa de suicídio planejada ou impulsiva, por isso é necessário atentar ao risco de suicídio e a como a letalidade aumenta se existirem tentativas sucessivas, pois a pessoa pode aumentar o grau a cada tentativa (VIDAL et al., 2013).

PLANEJAMENTO DO SUICÍDIO

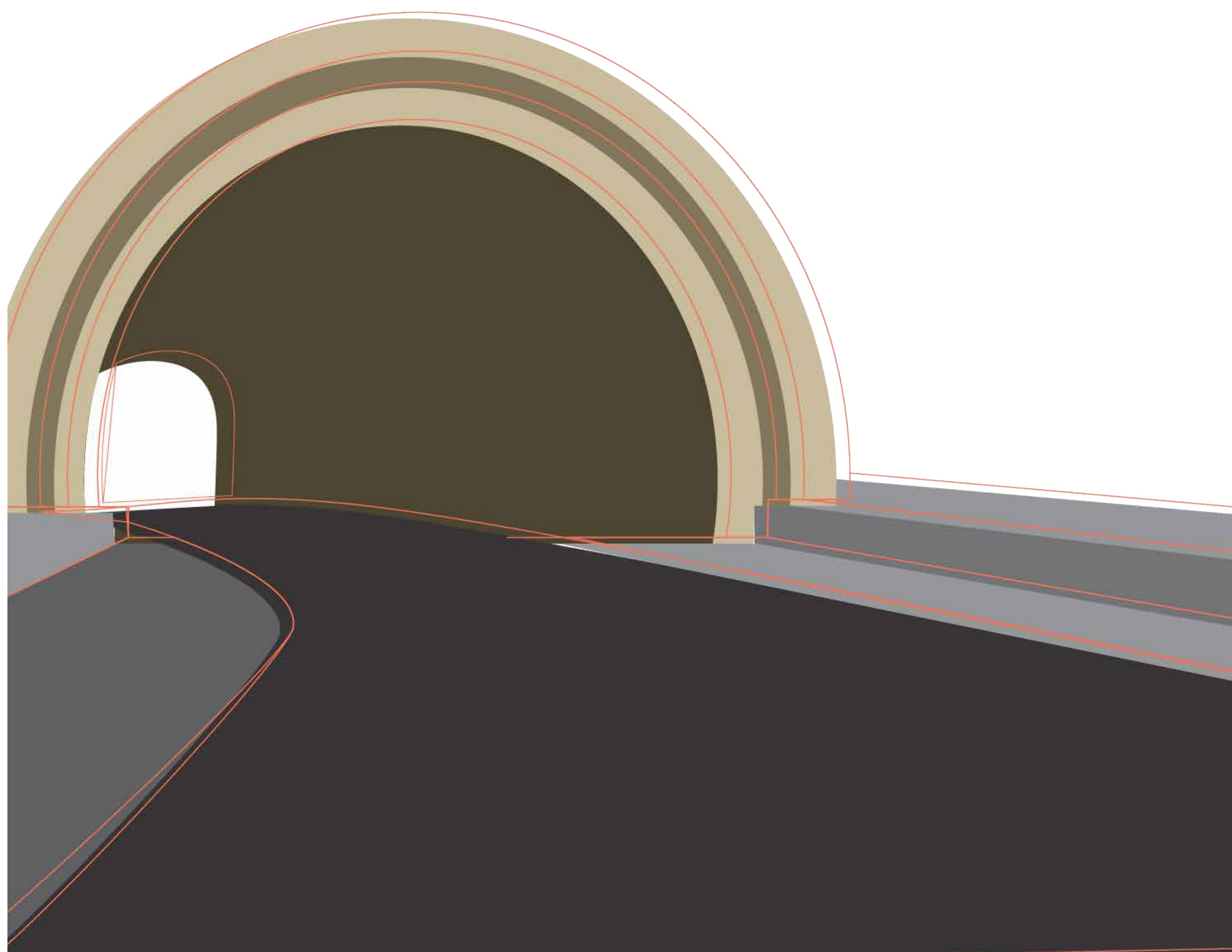
O planejamento do ato confere gravidade maior à ideação suicida. Planos são detalhados, com intencionalidade explícita, escolha de método; chegando-se a definir data e conferir ao ato um caráter de comunicação interpessoal. É muito importante saber se a tentativa de suicídio ou o suicídio foi um ato impulsivo ou o resultado de um plano. Compreender a complexidade e a letalidade dos métodos escolhidos pelo indivíduo para a concretização desse plano são elementos fundamentais para a avaliação do risco de uma nova tentativa e para a compreensão dos motivos do ato.

IDEAÇÃO SUICIDA

A ideação suicida envolve pensamentos sobre tirar a própria vida ou estar morto/morta, sendo considerada um fator importante para intervenções, pois quanto mais frequente e mais detalhada, maior o risco do ato em si (CALDEIRA, 2015).

AUTOMUTILAÇÃO

Ainda que não haja uma conceituação uniforme, entende-se por automutilação qualquer comportamento que envolva a agressão intencional ao próprio corpo, sem que haja intenção consciente de suicídio. Trata-se de um ato que não possui aceitação social, tampouco para exibição, o que o distinguiria da prática de *cutting*, na qual também há objetivos estéticos (GIUSTI, 2013).



Epidemiologia

Identidades, comportamentos e situações que aumentam as chances de suicídio



NESTA PARTE DO guia, analisaremos, a partir da epidemiologia, identidades, comportamentos e situações que aumentam as chances de suicídio. São fenômenos diferentes, que incluem etapas do ciclo de vida, raça e etnia, histórico de tentativas, diagnósticos psiquiátricos e a relação das pessoas com o trabalho. A epidemiologia nos permite compreender a relação entre esses fatores e o sofrimento psíquico intenso que pode levar ao autoextermínio. Faz-se necessário o investimento na formulação e na disponibilização de dados estatísticos nacionais e regionais sobre o fenômeno do suicídio, para que seja possível um melhor mapeamento do fenômeno, suas taxas regionais de prevalência e modo como atinge os diversos grupos etários, bem como as diferenças por sexo, gênero e condição de vida, entre outras (MS, 2019a; 2019b). Não queremos, com esse debate, cair em um determinismo psicológico que leve profissionais a definirem de antemão quem vai cometer suicídio e quem não vai, mas sensibilizar profissionais sobre essas identidades, comportamentos e situações.

CASOS DE SUICÍDIO NO BRASIL



Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que suicídios têm aumentado em todo o mundo, chegando a ocupar a terceira posição entre as principais causas de morte nas faixas etárias de 15 a 44 anos (OMS, 2019). O Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios (BOTEGA, 2014). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS, 2017a), a taxa de suicídio aumentou 12% entre 2011 e 2015, chegando a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, no Brasil, em 2015.

CASOS DE SUICÍDIO NO DF

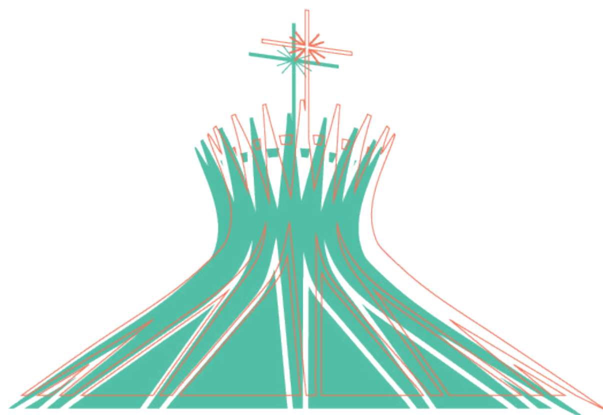
Conforme dados do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, as mortes por suicídio no DF são a quinta mais frequente entre as causas externas, atrás de homicídios, acidentes de trânsito e quedas acidentais. As causas externas são a terceira causa de morte mais frequente, atrás apenas das doenças cardiovasculares e neoplasias (SESDF, 2019).

Observando a série histórica é possível notar um aumento gradual da mortalidade por suicídio no DF entre 2015 e 2019. A faixa etária e a relação entre gênero seguem as tendências nacionais, com um aumento de incidência a partir de 15 anos e maior concentração de mortes por suicídio entre 20 e 50 anos de idade, com um maior acometimento na população masculina (SESDF, 2020a). Cabe ressaltar que o DF foi a unidade federativa que apresentou maior variação nos casos de suicídio de pessoas do sexo feminino, variando em 1,1/100 mil habitantes, isto é, houve aumento nos casos de suicídio entre mulheres na região.

No DF, mortes por suicídio são a

4ª

causa mais frequente



ADOLESCENTES

Suicídio é a

2ª

causa mais frequente de morte entre 15 e 29 anos no mundo



As taxas entre jovens têm aumentado a tal ponto que, atualmente, a juventude é o grupo de maior risco em um terço dos países (OMS, 2019; MS, 2019a; OMS, 2012). Na média, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no mundo (OPAS, 2018). No Brasil, entre 2000 a 2015, ocorreram 11.947 mortes em função de lesões autoprovocadas em jovens de dez a 19 anos, representando 8,25% do total de mortes por suicídio no período citado, havendo tendência de crescimento (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE apud CICOGNA et al., 2019).

Durante a adolescência, as pessoas são mais propensas a tomar atitudes impulsivas, em especial quando lidam com situações de estresse agudo, o que contribui para o aumento de pensamentos e atitudes suicidas. Por isso, é importante atentar aos sinais de alerta em relação ao risco de suicídio na adolescência e nos primeiros anos da vida adulta (BOTEGA, 2015), tais como: mudanças bruscas de personalidade ou de hábitos, afastamento de familiares e amigos, perda de interesse por atividades que eram apreciadas, mudança no padrão de sono, comentários autodepreciativos, desesperança e interesse crescente sobre morte.

PESSOAS IDOSAS

Este é o grupo populacional de maior índice de suicídio no Brasil. De acordo com a OMS, em 2015 os índices de suicídio entre pessoas de 65 a 74 anos de ambos os sexos foram de 7,8 mortes por 100 mil habitantes. O índice é ainda maior entre pessoas com mais de 75 anos, chegando ao total de 8,9 mortes por 100 mil habitantes quando consideramos ambos os sexos, e a 19,2 mortes por 100 mil habitantes para homens acima de 75 anos.

O diagnóstico de depressão, o isolamento social, as doenças incapacitantes e degenerativas, as dificuldades financeiras e a aposentadoria são os principais fatores de risco para o suicídio entre pessoas idosas (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Em relação a pessoas idosas institucionalizadas, o sentimento de abandono, desamparo e isolamento são os principais fatores associados ao quadro depressivo e de ideação suicida (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS, 2017). Pessoas idosas muitas vezes não manifestam seu quadro de ideação por receio de terem sua comunicação invalidada e banalizada, uma vez que as queixas e reclamações são vistas por familiares e profissionais de saúde como parte comum do processo de envelhecimento (BARRERO; NICOLATO; CORRÊA, 2006). Nesse sentido, o diagnóstico e tratamento da depressão, assim como intervenções de prevenção e promoção de saúde mental – como programas de reinserção social e de manutenção de vínculos – são os meios mais eficazes para a diminuição dos índices de suicídio (LYRA; TAVARES, 2019). As histórias de vida de pessoas idosas com ideação suicida são muitas vezes permeadas de relações instáveis e corrosivas, além de sentimento de isolamento e não pertencimento, que culmina em percepções autodepreciativas e risco de suicídio (LYRA, 2018). Dessa forma, profissionais de saúde mental devem estar atentas e atentos à qualidade das relações interpessoais, em queixas relacionadas ao isolamento social e percepções autodepreciativas como sinais de risco para o suicídio.



GÊNERO

Em muitos países, incluindo o Brasil, o número de óbitos por suicídio é superior entre os homens. Em contrapartida, o número de tentativas de autoextermínio é maior entre as mulheres. Enquanto as mulheres têm duas vezes mais registros de tentativas de suicídio que os homens, os homens morrem por suicídio três vezes mais do que as mulheres (MS, 2017a). Esse fenômeno é conhecido como paradoxo de gênero do comportamento suicida e possui algumas hipóteses para o seu entendimento, como o fato de os homens comumente empregarem métodos com maior potencial letal em suas tentativas (CANETTO; SAKINOFSKY, 1998). Tal predileção pelos meios de alta letalidade aponta para questões de gênero, pois um homem em uma cultura machista e patriarcal nunca pode falhar, mesmo diante de um ato suicida. Além disso, é preciso considerar que o zelo pela própria saúde não é uma prática cultivada entre os homens, pois o autocuidado é um comportamento culturalmente associado à feminilidade (BAÉRE; ZANELLO, 2020). Desse modo, observa-se que o gênero é um elemento relevante para se pensar a forma como o comportamento suicida se evidencia em culturas marcadas pelo sexismo, como a brasileira. Quanto menos o sujeito corresponde aos padrões culturais de gênero, maior a chance de vir a manifestar intenso sofrimento psíquico decorrente das retaliações normativas nos diversos ambientes de socialização.

PARADOXO DE GÊNERO

Mulheres têm **2 vezes mais** *tentativas que homens*



Homens morrem **3 vezes mais** *por suicídio que mulheres*

POPULAÇÃO LGBTI+

No Brasil, não é possível o levantamento de dados oficiais sobre a morte por suicídio da população LGBTI+, uma vez que nos registros de óbito (declaração e atestado) não constam os itens de orientação sexual e identidade de gênero. Para contornar essa negligência do Estado, estimativas são realizadas a partir do levantamento de casos noticiados pela mídia, como as realizadas pelo Grupo Gay da Bahia (GGB). Pesquisas no cenário internacional apontam uma frequência maior de manifestação do comportamento suicida entre a população sexo-gênero diversa, sobretudo entre a população trans (GRANT et al., 2010).

Logo, no País que apresenta alarmantes índices de violência LGBTI+fóbica, em primeiro lugar no ranking de assassinatos à população LGBTI+, é esperado que o sofrimento psíquico intenso dessa população se reflita em um número elevado de casos de autoextermínio. Uma vez que a precarização da vida da população sexo-gênero diversa se mantém através de reiteradas vivências de preconceito e discriminação, entende-se que muitas pessoas LGBTI+ não se suicidam, mas são "suicidadas" pela sociedade (BAÉRE, 2019).

Brasil é **1º lugar** *em assassinatos à população LGBTI+*



POPULAÇÃO NEGRA

Em 2018, uma publicação do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) assinalou que, entre 2012 e 2016, a média de óbitos por suicídio foi superior entre a população de jovens e adolescentes negros, em comparação às demais raças e etnias. Em 2012, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,9 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros e aumentou 12%, alcançando 5,9 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros em 2016. De acordo com a publicação, o racismo gera danos que impactam significativamente nos estados psíquicos. Esses efeitos estão comumente relacionados à humilhação racial e a negação de si, cujas consequências podem levar a uma agudização do sofrimento psíquico, culminando na manifestação do comportamento suicida (MS, 2018).

O racismo estrutural (ALMEIDA, 2019), historicamente constituído na sociedade brasileira, tem como um de seus efeitos o apagamento das consequências do sofrimento psíquico entre a população negra. Essa invisibilidade também aparece em produções literárias que trabalham com a temática do suicídio, conforme aponta Navasconi (2019), que investigou a presença de marcadores étnico-raciais na literatura acadêmica sobre o comportamento suicida.

A taxa de suicídio entre negros aumentou

12%

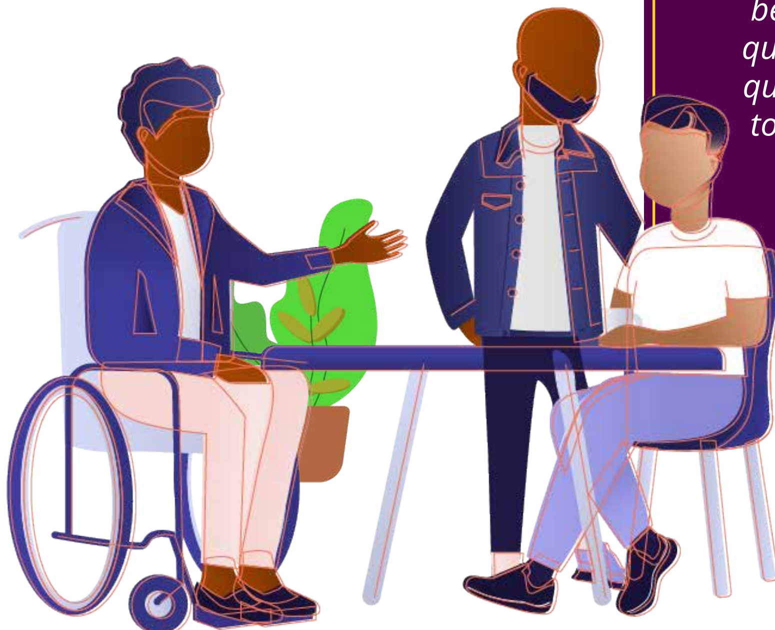
entre 2012 e 2016



EXPERIÊNCIA EXITOSA

RODA DE CONVERSA DE HOMENS NEGROS DE BRASÍLIA

Trata-se de uma iniciativa coletiva, gratuita e de valores afrorreferenciados. Iniciada em 2018, reúne-se duas vezes por mês e tem como um de seus objetivos proporcionar um espaço de acolhimento e liberdade de expressão para homens negros (cis, trans, independente de sua orientação sexual). A roda não tem o formato de um grupo terapêutico e não se propõe a ser um espaço de atendimento profissional, mas acaba tendo um efeito terapêutico nos participantes através da empatia e da identificação. Os participantes relatam bem-estar em pertencer a um grupo que abre espaço para tratamento de questões não abordadas nos contextos racistas, patriarcais e heteronormativos brancos em que vivemos.
Saiba mais aqui.





POPULAÇÃO INDÍGENA

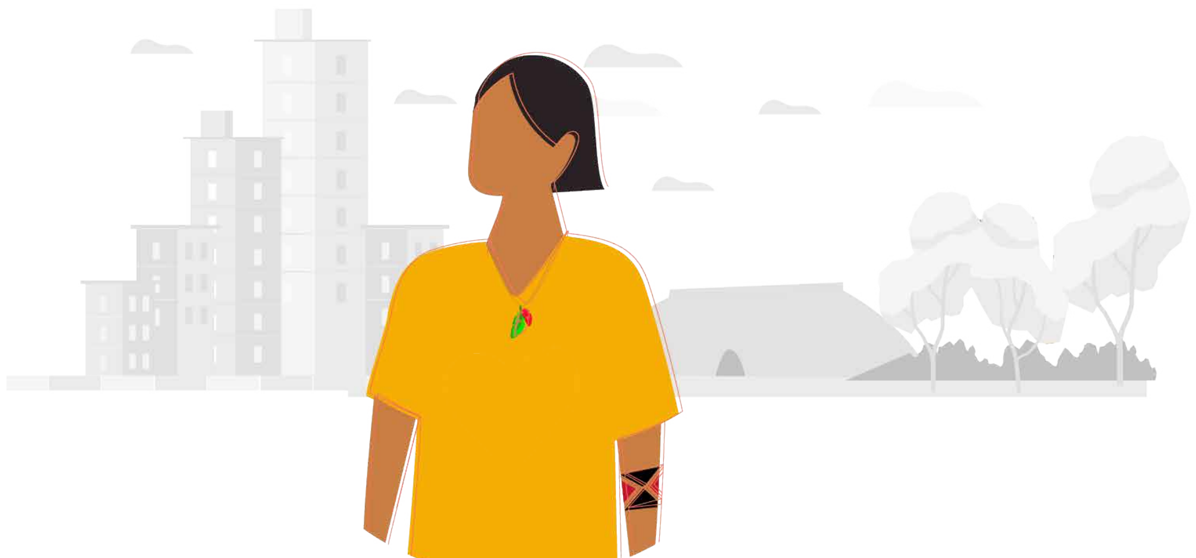
Entre as populações mais atingidas pelo suicídio estão os povos indígenas, que têm apresentado as maiores taxas de mortalidade por suicídio em diversos países como, por exemplo, entre as populações nativas do Canadá, de Ilhéus no Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003). Dados do Ministério da Saúde mostram uma taxa de mortalidade por suicídio entre povos indígenas no Brasil três vezes maior que a população em geral, e com maior incidência na faixa etária de dez a 19 anos.

Em contextos indígenas, lidamos com outras concepções de vida, de morte, de organização social e política, além de relações de parentesco diferenciadas e cosmologias e sistemas de crença específicos. Muitos e muitas jovens indígenas relatam sentimentos de não-pertencimento: por um lado, sofrem discriminação na cidade por serem indígenas; por outro, em suas aldeias, são criticados pelos mais velhos em decorrência de hábitos da sociedade envolvente que incorporaram com o contato. Esse cenário nos coloca uma tarefa desafiadora: a necessidade de se desenvolver um diálogo intercultural ao propor ações de acolhimento e suporte às experiências de sofrimentos psicossocial de povos indígenas, que demandam reconhecimento e valorização das suas formas tradicionais de nomeação e de lidarem com suas experiências de sofrer.

SENTIMENTOS DE NÃO-PERTENCIMENTO

Discriminação

na cidade por serem indígenas, e nas aldeias por terem incorporado hábitos da cidade



BAIXA ESCOLARIDADE

Em relação à escolaridade, a maior incidência ocorre entre pessoas com até três anos de estudo, 6,8/100 mil habitantes (MS, 2017a). Em geral, quanto maior a escolaridade, menor a ocorrência de transtornos mentais, inclusive o suicídio.



Em geral, quanto menor a escolaridade, maior a ocorrência de
transtornos mentais
e suicídio

TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES

O fator de risco mais fortemente associado a suicídio é o histórico de tentativa de suicídio e/ou histórico familiar de óbito por suicídio (BRASIL, 2019b; OPAS, 2018). Por isso, é muito importante o acompanhamento, por parte de psicólogas, psicólogos e outros profissionais de saúde, de pessoas que já realizaram tentativa de suicídio ou que tiveram familiares nessa situação.



Fator de risco
mais importante para suicídio é o histórico de tentativa de suicídio e/ou histórico familiar de óbito por suicídio

TRANSTORNOS MENTAIS E SOFRIMENTO PSÍQUICO PRÉVIO

Quadros de sofrimento psíquico grave, descritos como "transtornos mentais" e "transtornos de personalidade", constituem importantes fatores associados ao risco de suicídio. Os transtornos mentais são descritos, categorizados e estimulados pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e pelo Código Internacional de Doenças (CID). Assim, a literatura especializada irá recorrer ao conceito de transtorno mental para afirmar, por exemplo, que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtornos do humor (principalmente depressão) é de seis a 15%; com alcoolismo, de sete a 15%; e com esquizofrenia, de quatro a 10% (OMS, 2000a). O transtorno de personalidade *borderline* está associado não só às tentativas de suicídio, como também a outros comportamentos autolesivos. Tais dados indicam a importância da detecção, referenciamento e manejo dos transtornos mentais.

No entanto, as estratégias utilizadas para diagnosticar "transtornos mentais" e para tratá-los com psicotrópicos devem ser feitas de maneira cautelosa e crítica. Allen Frances, psiquiatra e coordenador do DSM IV, afirma em seu livro "Salvando o normal" (ALLEN, 2016), que o aumento de diagnósticos de transtornos mentais está engolindo a normalidade, que o sistema de diagnósticos é muito frouxo e que a ausência de testes biológicos é uma enorme desvantagem para a psiquiatria, pois significa que todos os diagnósticos hoje são baseados em julgamentos subjetivos, que são falíveis por natureza. Berenchtein Netto (2013) enfatiza que o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial e que afirmações clássicas contidas em manuais de saúde, como a de que "90% dos casos há diagnóstico de transtornos psiquiátricos", reduzem o fenômeno a uma explicação biologicista . É necessário um olhar crítico sobre a produção desses dados. Os estudos sobre prevalência de diagnóstico de transtorno psiquiátrico utilizam muitas vezes a técnica de autópsia psicológica. Nela, familiares, amigos e profissionais de saúde são entrevistados a fim de tentar traçar um perfil psicológico da pessoa que morreu por suicídio, no momento da ocorrência (WERLANG, 2012). Tal técnica pode trazer dados enviesados sobre a percepção do sujeito por conta do seu falecimento.

Também é necessário que profissionais estejam alertas para os efeitos colaterais dos psicofármacos utilizados para o tratamento, quando são realizados esses diagnósticos. O aumento das chances de suicídio é descrito como efeito de vários dos medicamentos mais consumidos no Brasil. As reflexões sobre Uso Racional de Medicamentos podem ajudar nessa tarefa.

Saiba mais aqui.



CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS

Existem associações encontradas entre mortalidade por suicídio e uso abusivo de álcool, bem como sobre intoxicação por álcool no momento da tentativa de suicídio (REDDY, 2010).

No entanto, é importante não atribuir restritamente como causa do comportamento o uso de álcool e/ou outras drogas, visto que o uso abusivo de substâncias psicoativas muitas vezes encobre/camufla conflitos emocionais e relacionais, que são aliviados e/ou tentam ser resolvidos por meio do uso de substâncias psicoativas (NEVES, 2004; RIBEIRO, et al., 2016). Identifica-se ainda que o uso de substâncias psicoativas atua como facilitador da passagem ao ato suicida, o que faz com que essas substâncias sejam comuns no contexto dos intentos suicidas. Deve-se ressaltar que o acesso a substâncias psicoativas pode representar um fator de risco para pessoas com ideação suicida, o que deve ser levado em consideração no cuidado ofertado a esses sujeitos.

Uso abusivo de álcool e outras drogas está associado a comportamento suicida, por
encobrir conflitos
ou por facilitar o ato



DESEMPREGO E PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Em estudo publicado na The Lancet (KAWOHL; NORTH, 2020), pesquisadores observaram o efeito do desemprego sobre o suicídio, com base em dados públicos globais de 63 países, e observaram que o risco de suicídio aumentou em 20-30% quando associado ao desemprego entre 2000 e 2011 (incluindo a crise econômica de 2008). A associação entre crises econômicas, piores condições de saúde mental e aumento das taxas de suicídio é bem estabelecida na literatura sobre saúde mental (SILVA et al., 2015). No entanto, estudos recentes têm demonstrado que a fragilidade dos vínculos trabalhistas, as piores condições de trabalho e dificuldades socioeconômicas são fatores de risco para transtornos mentais e para o comportamento suicida (SOUZA, 2016; SILVA et al., 2015; BOTEGA, 2014).

O trabalho, além de constituir fonte de renda, é central para a formação identitária (BORGES; TAMAYO, 2001) e social, sendo fonte de produção de significações e subjetividade (LANCMAN; UCHIDA, 2003). As consequências do desemprego são impactantes não apenas pela perda material, mas pela impossibilidade do sujeito "expressar-se, desenvolver-se e deixar sua marca no mundo" (LIMA; BORGES, 2002). Assim, perde-se também a sua identidade e "sentido na vida" (PINHEIRO; MONTEIRO, 2007). O sentido na vida, para além de uma concepção existencial, é um constructo relacionado ao risco de suicídio: a perda no sentido da vida gera agravos para o risco de suicídio (VAN ORDEN et al., 2012).

O risco de suicídio aumenta
de 20% a 30%
quando associado ao desemprego



PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA

Profissionais das forças de segurança demandam especial atenção no manejo clínico. Além do acesso a armas de fogo, apresentam altos níveis de estresse laboral e uma cultura organizacional muitas vezes sexista, que desencoraja que tais profissionais possam falar abertamente sobre seus problemas, difundindo a crença de serem capazes de lidar sozinhos com as situações estressantes, dificultando a busca por apoio psicológico (KOCH, 2010; SILVA; BUENO, 2017). A literatura científica aponta que a restrição de acesso a meios para provocar a morte é uma das principais formas de prevenção ao suicídio (BOTEGA, 2015).

Entre os principais fatores de risco associados ao suicídio em profissionais de segurança estão o abuso de álcool, problemas de relacionamento interpessoal, sentimentos de fracasso e impotência em relação ao desempenho profissional, depressão e isolamento social (SILVA; BUENO, 2017). Outro fator importante mas ainda pouco estudado é o impacto da exposição ao suicídio em profissionais de segurança (CEREL et al., 2019; KOCH, 2010).

Nesse sentido, profissionais de Psicologia que trabalham em instituições de segurança pública devem se sensibilizar sobre fatores de risco e sobre a importância de buscar ajuda, além de aproveitar a sua proximidade com o contexto da cultura organizacional para oferecer acolhimento e escuta qualificada que facilitem a sensação, por parte de profissionais de segurança, de serem compreendidas e compreendidos. Profissionais de saúde mental que atuam fora de tais instituições de segurança pública devem estar atentas e atentos ao risco de suicídio em pacientes dessa categoria profissional, mantendo a rede familiar próxima e, em caso de risco, solicitar interrupção do acesso à arma por parte do/a profissional.



Fácil acesso a armas de fogo, altos níveis de **estresse laboral** *e uma cultura organizacional que coloca o cuidado como demonstração de fraqueza*

EXPERIÊNCIA EXITOSA

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA PM-PR E NA PM-SP

Existem programas voltados para a prevenção ao suicídio dentro das corporações militares, como o Programa de Prevenção ao Suicídio da Polícia Militar do Paraná e o Programa de Prevenção de Manifestações Suicidas da Polícia Militar do Estado de São Paulo (MIRANDA; GUIMARÃES, 2012 apud SILVA; BUENO, 2017). Ambos os programas são baseados no diagnóstico, avaliação, tratamento de transtornos psiquiátricos e risco de suicídio, bem como o acompanhamento dos casos. O Programa ainda conta com palestras e outras atividades de conscientização. No entanto, como destaca Miranda (2016) em sua crítica ao tratamento da ideação suicida pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, os programas de prevenção devem focar não apenas no encaminhamento para profissionais de saúde mental, mas na gestão de pessoas, gestão logística, formação e treinamento, além da implementação de protocolos de atendimento e manejo de casos de risco.

PANDEMIA DE COVID-19

Considerando que o Brasil é o segundo país com maior número de óbitos por Covid-19 até agosto de 2020, sendo um dos epicentros da pandemia de SARS-Cov-2, é importante reconhecer a necessidade de que profissionais de saúde mental se prepararem para acolher e oferecer suporte ao sofrimento psíquico decorrentes da pandemia de Covid-19. Estudos têm identificado uma demanda maior por cuidado em saúde mental (KAWOHL; NORDT, 2020), especialmente relacionada às dificuldades enfrentadas em processos de luto não-elaborados em virtude das condições em que estão se dando as perdas de familiares, amigas e amigos por Covid-19 (FIOCRUZ, 2020).

O contexto da pandemia tem dificultado a realização dos processos coletivos de ritualização e elaboração do luto. Aos efeitos de um luto não elaborado estão associados o estabelecimento de processos depressivos e o aumento do risco de comportamento suicida. É importante que profissionais de Psicologia produzam mais conhecimento específico para acolherem mais efetivamente as pessoas que perderam familiares ou amigos por Covid-19 (FIOCRUZ, 2020).

Profissionais de saúde mental devem se preparar para dar apoio ao

sofrimento psíquico

decorrente da pandemia



Psicodinâmica

Características, sentimentos e motivações do comportamento suicida



POR PSICODINÂMICA, FAZEMOS referência ao conjunto de forças, características pessoais e motivos psicológicos envolvidos em algum tipo de comportamento. Assim, o estudo da psicodinâmica de um comportamento autolesivo é fundamental para o estabelecimento de estratégias de manejo clínico e o oferecimento de suporte psicológico, uma vez que permite a profissionais preverem e compreenderem melhor o estado mental, motivos e fatores psicológicos associados a uma tentativa ou suicídio consumado. A seguir, apresentamos alguns dos elementos psicodinâmicos mais pertinentes para a compreensão dos comportamentos autolesivos.

SOFRIMENTO INTOLERÁVEL, PERTURBAÇÃO E PRESSÃO

O suicidologista Edwin Shneidman (1993) afirmou que um ato suicida costuma ser o resultado da conjugação de três importantes fatores psicológicos: 1) uma dor psicológica intolerável, 2) um grau de perturbação e 3) um estado de pressão. A vivência da dor psicológica intolerável é o resultado de frustrações das necessidades psicológicas mais básicas; o fator de perturbação refere-se a qualquer distúrbio preestabelecido que reduza a capacidade de enfrentamento dos indivíduos, tais como os transtornos de humor e aqueles caracterizados pela impulsividade, além de déficits cognitivos constituídos; já a pressão está relacionada com estressores e eventos adversos de vida, capazes de precipitar as crises suicidas agudas, como um diagnóstico de doença terminal, o fim de uma relação, a morte de alguém querido, ou mesmo o endividamento excessivo (SHNEIDMAN apud CÂNDIDO, 2011).

Dentre todos estes fatores, o mais importante para Shneidman (1993) seria a vivência de um sofrimento tido como intolerável. Tal vivência é comumente reportada em notas e cartas suicidas como uma força tão esmagadora na vida das pessoas, que arrasta consigo tudo ao redor e lhes parece interminável e intolerável, tornando-as desesperadas e incapazes de encontrar qualquer solução. Pela pressão que esta dor impõe, o suicídio passa a ser compreendido como uma solução para o alívio de sua tensão.

O manejo com pessoas em risco de suicídio deve considerar essas características. É necessário buscar alternativas para que a pessoa consiga lidar com essa dor, torná-la mais tolerável, ampliar a capacidade de lidar com a frustração e diminuir a pressão e a tensão causadas pelos eventos estressores.



DIFICULDADE EM LIDAR COM ADVERSIDADES E FRUSTRAÇÕES

Shneidman (1993) define que uma das características psicológicas mais constantes ao longo da vida de um indivíduo que vem a tentar suicídio é um padrão de baixo nível de tolerância e uma capacidade reduzida de enfrentamento de situações adversas e frustrações (LEENAARS, 1999). Assim, ajudar a pessoa no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais qualificadas pode representar um dos objetivos terapêuticos mais importantes no manejo com indivíduos que apresentam comportamento autolesivo.

NECESSIDADE DE PARAR A DOR

O propósito do suicídio é o de cessar o fluxo de uma dor psicológica tida como intolerável por meio da cessação da consciência. No auge de uma crise suicida, os indivíduos vivenciam um estado emocional fortemente marcado pela desesperança e pela ambivalência quanto ao sentido de seu ato. É comum apresentarem um quadro importante de restrição perceptiva (seja induzido pelo estado emocional, seja produzido intencionalmente pelo uso de substâncias) e tentarem fugir de um modo abrupto e imediatista, muitas vezes, conferindo ao seu ato um caráter de comunicação interpessoal. O ato passa a ter então o valor de uma mensagem a ser interpretada por pessoas próximas. O manejo deve buscar encontrar alternativas para lidar com essa dor e para que ela se torne mais tolerável para a pessoa.

AS FRASES DE ALERTA

É comum que a pessoa com ideação suicida dê sinais através de frases de alerta, tais como “eu tenho vontade de sumir”, “eu não aguento mais”, “eu não sirvo para nada”, “eu poderia estar morto”, “os outros vão ser felizes sem mim”, “eu sou um perdedor”, “eu sou um peso para os outros”, “eu não posso fazer nada”, “minha vida não tem mais sentido”. Essas frases devem servir de alerta a familiares, amigos e profissionais de educação e saúde para um acompanhamento mais próximo.

Em relação ao manejo, é importante que profissionais estejam atentas e atentos aos possíveis avisos dados pelas pessoas em sofrimento psíquico, assim como o grau de letalidade que os avisos e tentativas podem significar. Saiba mais aqui.

CRISES CURTAS E INTENSAS

As crises suicidas em sua fase aguda, ou seja, os períodos de maior risco e letalidade, ocorrem geralmente em intervalos de relativa curta duração. O pico de autodestruição de um indivíduo pode ser contado em períodos de horas ou dias, nunca de meses ou anos. Entretanto, apesar da impossibilidade de se viver na crise aguda por mais do que alguns dias, algumas pessoas podem se manter em um estado crônico de autodestruição e alimentar atitudes autolesivas por anos a fio (LEENAARS, 1999). Em relação ao manejo, é importante que o sujeito e pessoas do seu convívio possam acessar serviços e profissionais no momento da crise, para que não seja realizada a tentativa.



AMBIGUIDADE: QUERER E NÃO QUERER

Uma outra característica importante a se considerar no manejo de comportamentos suicidas diz respeito ao grau de intencionalidade do sujeito, ou seja, o quanto ele/ela está certo/certa de seu desejo de morrer. Nesse sentido, profissionais de Psicologia chamam atenção para o quanto a ambivalência é um afeto presente no comportamento autolesivo. Várias pesquisas apontam que, muito frequentemente, a pessoa que tenta suicídio pode ser caracterizada como uma pessoa que "quer e não quer", o protótipo da pessoa que "corta a garganta e grita por ajuda ao mesmo tempo". Embora não seja uma regra, é frequente que mesmo no momento mais crítico da crise, a pessoa não esteja certa de sua intenção de morrer, pois se fazem presentes tanto o desejo de viver quanto o desejo de pôr fim à vida. Nesse sentido, Shneidman nos chama atenção para o importante papel da ambivalência na crise suicida (LEENAARS, 1999).

O manejo com a pessoa em risco de suicídio deve considerar a ambivalência frente ao desejo de morte, considerar que os indivíduos frequentemente vivenciam um conflito entre o desejo de viver e o desejo de morrer. É importante atentar para intencionalidade do sujeito e ajudá-lo a explorar alternativas que não sejam o suicídio (OMS, 2000a).

TENTATIVAS CADA VEZ MAIS LETAIS

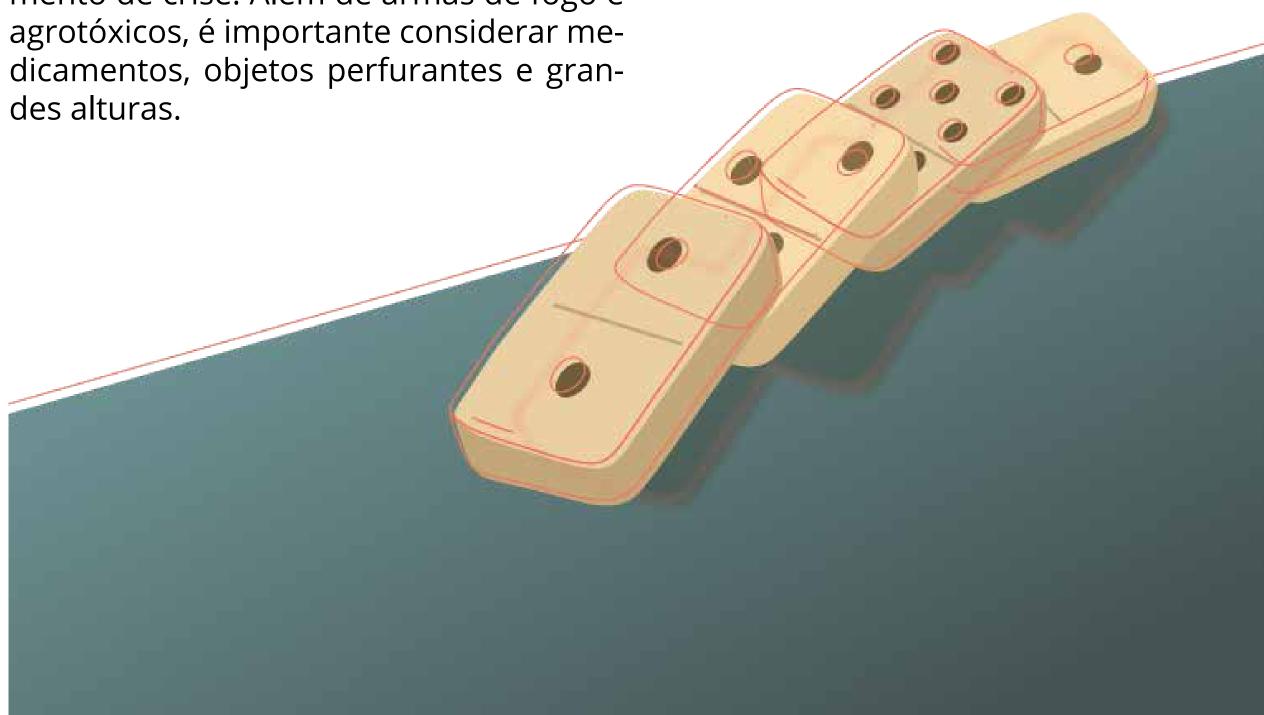
Ideações e tentativas de suicídio em geral aumentam de forma gradual. Por isso, é importante atentar para tentativas prévias, considerando-as como um fator que demanda muita atenção para a possibilidade de um indivíduo recorrer ao autoextermínio. Por isso, intervenções devem considerar nessas tentativas e ideações prévias: a impulsividade, o acesso aos meios letais, se foi uma imitação e se há presença de desesperança na conduta, uma vez que a letalidade pode aumentar em cada tentativa (OMS, 2014; SILVA, 2006).

PROXIMIDADE E FACILIDADE DE ACESSO AOS MEIOS

Segundo a OMS (2012), estratégias de restrição aos meios de cometer suicídio, como o controle de armas de fogo e do uso de agrotóxicos/pesticidas, reduzem as taxas de mortalidade por suicídio e são recomendadas como políticas públicas de prevenção universal. Em relação ao acompanhamento de pessoas em risco, é fundamental que profissionais e familiares dificultem o acesso aos meios, para que não estejam disponíveis no momento de crise. Além de armas de fogo e agrotóxicos, é importante considerar medicamentos, objetos perfurantes e grandes alturas.

EFEITO CONTÁGIO

De acordo com a literatura, e ainda segundo as recomendações da OMS, uma morte por suicídio pode acarretar um surto, o que também é conhecido como "efeito contágio". Em outras palavras, o efeito contágio diz respeito a suicídios ou tentativas de suicídio no seio de um grupo ou de uma comunidade, em um período e em um espaço restritos, acarretados por um primeiro evento. Em geral, o contágio se relaciona com a forma como uma morte voluntária é percebida pelas pessoas mais vulneráveis, sobretudo se o método for conhecido ou se há idealização do ato (como nos casos em que a pessoa que morreu é vista como alguém que será lembrada e amada). Geralmente, em contextos indígenas, a notícia de um suicídio se espalha rapidamente, e quase todos os membros das comunidades tem acesso aos seus detalhes. Uma pessoa mais vulnerável a esse agravo, em posse dessas informações, pode entender o ato como algo possível de ser realizado e, portanto, tentar concretizá-lo também. Vale ainda ressaltar que, entre os fatores de risco para suicídio, elencados pela OMS, estão o histórico de tentativas anteriores e a presença de suicídio no seio da família.



SOBREVIVENTES: LUTO E ESTIGMA ENTRE FAMILIARES E PESSOAS PRÓXIMAS

Sobreviventes são pessoas que perderam alguém afetivamente próximo (como familiar ou amigo) por suicídio (CÂNDIDO, 2011). O luto, de um modo geral, representa um processo de transição psicossocial que se reflete em amplas e variadas dimensões de nossas vidas. O conjunto complexo de reações que se desenrolam em função de uma perda significativa pode nos lançar num estado de vulnerabilidade e risco psicossociais severos.

No caso de uma morte por suicídio, além dos desafios comuns aos luto, o sobrevivente deve lidar com o sentimentos que abarcam culpa, a raiva, o abandono e julgamento. De tal modo, a literatura reconhece os sobreviventes enquanto um grupo especial de risco.

Em relação ao manejo, é importante frisar que um dos principais fatores de risco para suicídio é a pessoa ter alguém próximo que tenha consumado o ato. Assim, é fundamental que familiares e amigos sejam acompanhados de perto, caso haja um suicídio, de modo a evitar o efeito contágio.



O que profissionais de psicologia podem fazer

Estratégias e ferramentas de cuidado



NESTE CAPÍTULO, TRABALHAREMOS com foco em profissionais de Psicologia. A partir da definição dos conceitos e da psicodinâmica das pessoas com comportamentos suicidas, destacamos estratégias e ferramentas de cuidado que possam contribuir para a atuação desse/dessa profissional.

INTERVENÇÃO EM CRISE

A intervenção em crise permite a utilização de diversas técnicas, geralmente mais diretivas. Tem o objetivo de proteger a vida, diminuir riscos e sequelas e fazer a pessoa retomar o equilíbrio para permitir a conquista de outros objetivos terapêuticos.

A abordagem multidisciplinar deve ser preferencialmente adotada, trazendo benefícios para a conduta terapêutica, por meio do compartilhamento de saberes e responsabilidades.

Dependendo do risco, a conduta pode variar desde a necessidade de acionamento de serviços de urgência e emergência, quebra de sigilo, envolvimento da família, internação domiciliar etc., até o acompanhamento ambulatorial com o número de sessões usuais.

A disponibilização de canais de ajuda 24 horas é importante para que a pessoa possa ter acesso a algum suporte em momentos mais críticos. Alguns profissionais se disponibilizam a prestar esse atendimento emergencial por telefone, mas também é possível oferecer outros canais como pronto atendimentos e Centro de Valorização da Vida (CVV).

AVALIAÇÃO DE RISCO

Avaliar o risco de suicídio por meio de perguntas diretas pode gerar receio e constrangimento, mas quando essa abordagem é cuidadosa, sincera e respeitosa, fortalece o vínculo e abre espaço para a fala. A maneira como nos sentimos em relação ao tema influencia na forma como interagimos com a pessoa e na nossa compreensão sobre o risco. Por essa razão é importante o preparo pessoal e técnico a respeito desse tema para uma boa condução da avaliação.

Não há ainda instrumentos ou técnicas de predição do comportamento suicida. Entretanto, conhecimento científico sobre o tema nos permite identificar as pessoas em maior risco, tais como apresentado no terceiro capítulo deste Guia, e tomar as medidas necessárias para ajudá-las a superar esse momento.

A avaliação do risco de suicídio é a ação que define o norte da conduta clínica de cada caso. É um momento muito importante que envolve conhecimento técnico sobre comportamento suicida (principais fatores de risco e proteção, psicodinâmica etc.), técnicas de avaliação psicológica (entrevista, testes projetivos e outros instrumentos de avaliação psicológica), técnicas de intervenção em crise e preparo pessoal por meio da supervisão (MONTENEGRO, 2012).



NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

De acordo com a Lei nº 13.819/2019, os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias e pelos estabelecimentos de ensino públicos e privados ao Conselho Tutelar. O acionamento da rede externa deverá ser obrigatoriamente efetivado em casos de violência autoprovocada de crianças, adolescentes e idosos, nos quais o Conselho Tutelar e do Idoso terão que ser acionados, respectivamente. Casos de tentativa de suicídio deverão ser notificados, obrigatoriamente, em até 24 horas do conhecimento do evento pela profissional, tendo em vista a necessidade de intervenções emergenciais e maior efetividade da intervenção em crise em curto período, como articulação e encaminhamento para rede psicossocial.

Importante ressaltar que a notificação compulsória não é caracterizada como denúncia policial. O registro da notificação aciona a rede de cuidados e possui caráter epidemiológico, sendo imprescindível para a criação de políticas públicas de cuidado e prevenção ao suicídio.

No âmbito do DF, o formulário para preenchimento de suspeita/confirmação de violências encontra-se disponível aqui. Para maiores explicações, acesse o vídeo produzido pelo Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências – NEPAV ou o instrutivo disponível aqui. No site do Ministério da Saúde, o formulário para preenchimento de suspeita/confirmação de violências encontra-se disponível aqui e maiores explicações, aqui.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial, se esse for necessário. Geralmente o PTS é dedicado a situações mais complexas. Ele pode ser uma ferramenta de cogestão e compartilhamento do cuidado que se desenvolve em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação.

O PTS pode ser uma ferramenta interessante para o cuidado do sujeito com comportamentos suicidas por articular diferentes equipes e serviços. Saiba mais clicando aqui e aqui.



ACOLHIMENTO, VÍNCULO E CORRESPONSABILIZAÇÃO

O acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização e a autonomia foram apontadas como principais elementos relacionais na promoção da saúde mental no estudo de Jorge et al. (2011). O próprio conceito de promoção da saúde nos aponta caminhos comunitários e que partem do território para potencializar a saúde da população. O conceito ampliado de saúde aponta para a produção da saúde a depender das condições de vida da população e do seu contexto social, cultural e histórico (MS, 2017b; BARATA, 2009).

Salienta-se a necessidade de construção de espaços de escuta e acolhimento, necessários para quem esteja se sentindo como um peso para o mundo ou que não se sinta pertencente a nenhum grupo ou família.

CONTINUIDADE DO CUIDADO

O cuidado com a pessoa que tentou suicídio, bem como com sobreviventes, precisa ser contínuo. Isso se deve à tendência de que uma pessoa que tentou suicídio tente novamente de forma mais letal e ao impacto de um suicídio nas pessoas próximas. É importante que profissionais de saúde mental, especialmente psicólogas e psicólogos, desenvolvam ações articuladas para garantir a continuidade do cuidado a essas pessoas na rede assistencial, desenvolvendo uma linha de cuidado integral, que contemple ações de vigilância, monitorando-se em especial as pessoas mais vulneráveis a esse agravo.

GRUPOS DE APOIO

Os grupos são ferramentas de produção de socialização e vínculo. Por isso, o manejo terapêutico dessa ferramenta no interior do território, além de sua continuidade (com base na necessidade do território), torna o grupo significativo para a população. Profissionais de saúde estão sempre entre a demanda que identificam e a necessidade que o território aponta, por isso cabe a nós mediar essa relação de forma horizontal, onde ora buscamos atuar na demanda que identificamos, ora na necessidade que o território apontou, entendendo que ambas são importantes e devem ser alcançadas.

É possível organizar grupos a partir das identidades, comportamentos e situações que aumentam as chances de suicídio (e que foram debatidos no terceiro capítulo deste Guia), já que são situações comuns à experiência de um grupo de sujeitos. Também é possível organizar grupos a partir de familiares e amigos de pessoas que consumaram suicídio. É importante frisar que esse sofrimento muitas vezes é gerado por discriminação e preconceito, o que torna fundamental que a abordagem não se limite à adaptar os sujeitos à situação que gera sofrimento.

PÓSVENÇÃO: CUIDADOS E INTERVENÇÕES COM SOBREVIVENTES E APOIO AO LUTO

Em caso de morte por suicídio, uma estratégia de cuidado é o apoio para familiares e amigos em luto, visto que estes possibilitam trabalhar questões da perda e do seu enfrentamento, participando do processo de ressignificação e reconstrução (SCAVACINI et al., 2019).

Esse trabalho pode ser feito por meio de grupos, nos quais é possível trabalhar as vivências de enlutados, seus sentimentos, a falta que o/a falecido/a faz, conhecer e aprender com outros passando por esse tipo de perda (SCAVACINI et al., 2019; FUKUMITSU, 2018).

SUPERVISÃO

Lidar com o cuidado de pessoas com comportamento suicida é um desafio para profissionais de Psicologia, de saúde e de educação, em geral. O acompanhamento dessas pessoas pode produzir sentimentos desconfortáveis. É importante que profissionais considerem a supervisão de outra/o profissional de saúde mental para ajudar a estabelecer o Projeto Terapêutico Singular da pessoa acompanhada, ajudar a entender melhor os sentimentos de profissionais que aparecem nessa relação, para cuidar de quem cuida. Existe ainda o risco de profissionais se tornarem "sobreviventes", caso a pessoa atendida consuma o ato.

MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL

O matriciamento pode ser entendido como "um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações" (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Ele deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. O matriciamento pode ser utilizado nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para um caso com evidenciamento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família, para realização de grupos de pacientes com transtornos mentais, para integração entre níveis de atenção.

Em relação aos casos de tentativa ou ideação suicida, é importante que as psicólogas e demais profissionais de saúde mental possam apoiar equipes de Atenção Primária em Saúde não especializadas, bem como serviços da Educação e da Assistência Social.

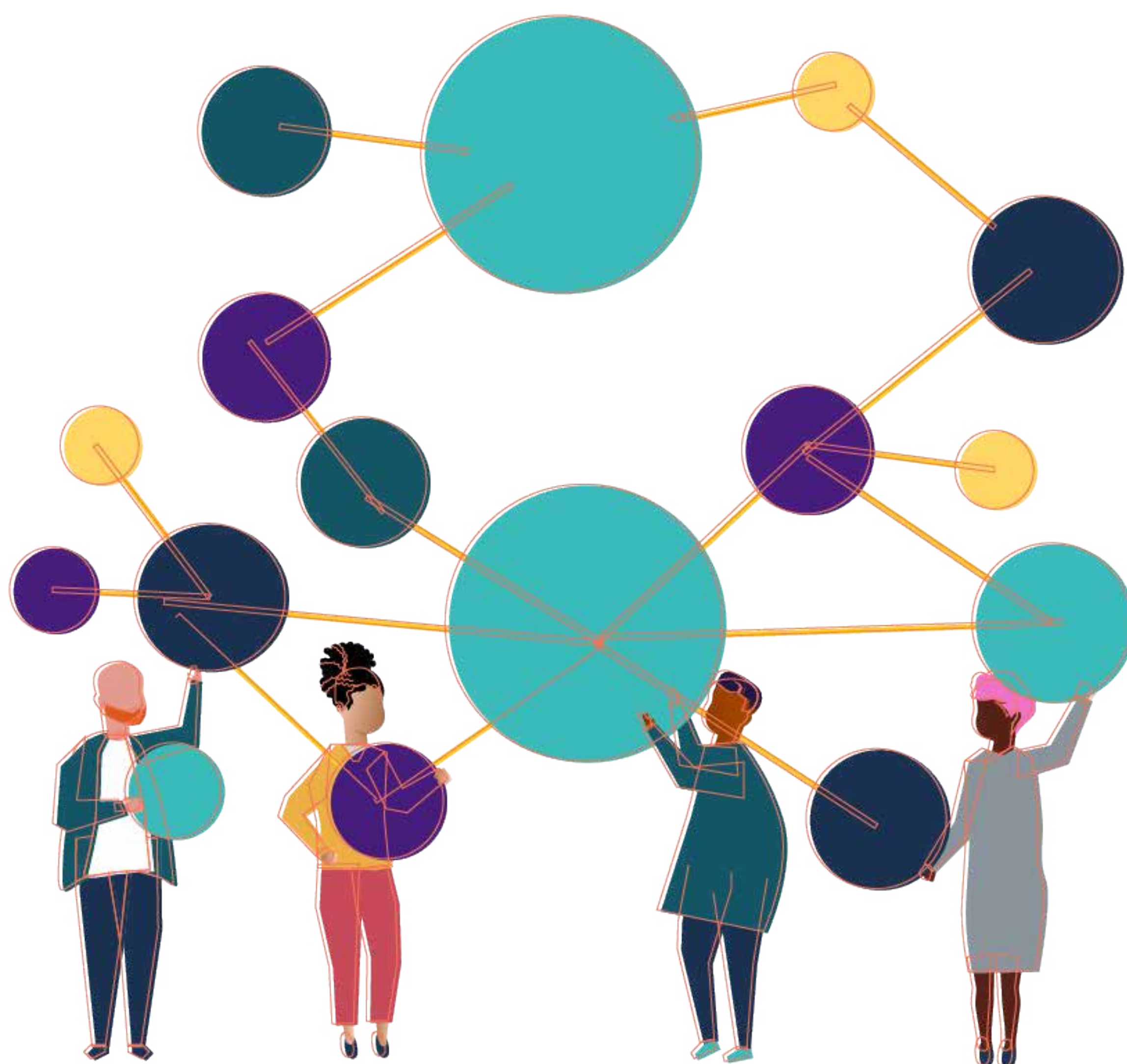
Saiba mais no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.



TRABALHO EM REDE

Deve-se partir de uma perspectiva ampliada sobre a rede assistencial de cuidados em saúde mental, tanto pelo fato de se compreender que se deve oferecer atenção ao sofrimento de todo os usuários (não apenas daqueles diagnosticados com transtornos psiquiátricos), quanto pela importância que se dá à integração das ações com os outros atores presentes no território, sejam eles da saúde ou de outros setores, destacando-se a construção das redes de cuidado intra e intersetorialmente como de relevância central.

Enquanto serviço de saúde, a atuação comunitária para promoção da saúde deve envolver a articulação intersetorial. Portanto, a equipe de saúde deve buscar criar rede com seu território, seja através das equipes do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), no CRAS e CREAS (Centro de Referência em Assistência Social e Centro de Referência Especializado em Assistência Social) e com as Escolas, Conselho Tutelar, etc. O Mapeamento da Rede de Políticas Públicas presentes no território é um dos primeiros passos para criar uma rede de suporte para as próprias equipes de saúde. Propõe-se que as ações de cuidado ao comportamento suicida sejam dispositivos para integração das ações de profissionais de saúde mental, que possam compartilhar responsabilidades no cuidado de pessoas vulneráveis ao suicídio. Essa corresponsabilização é de extrema importância, justamente pelo fato de que o trabalho da profissional especializada possa não ser suficiente para monitorar a ocorrência de novos casos.



O papel dos serviços e equipamentos para o cuidado



NESTE CAPÍTULO, IDENTIFICAMOS os principais serviços e equipamentos de atenção e cuidado da pessoa com comportamentos suicidas, desde serviços para o momento de crise, passando por acompanhamento especializado, chegando aos serviços que atuam na prevenção ao suicídio e na promoção à saúde mental a partir de uma compreensão mais ampla. Vamos debater ainda o papel de profissionais de Psicologia, de saúde e de educação nesses serviços quando estão realizando o cuidado dessas pessoas.

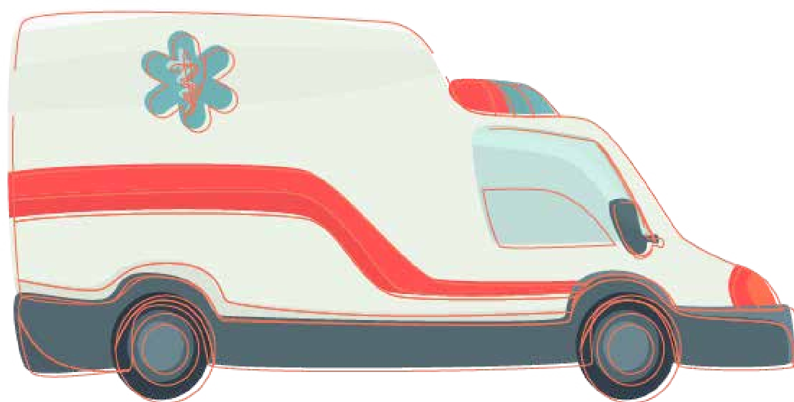
HOSPITAIS GERAIS E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Nos hospitais gerais e nas unidades de pronto atendimento (UPAs), é realizado o atendimento à necessidade clínica/cirúrgica e acolhimento da demanda emocional da pessoa que fez uma tentativa de suicídio, notificação dos casos, avaliação do risco e definição do encaminhamento mais adequado a cada caso para continuidade do cuidado.

Muitas pessoas dão entrada em emergências hospitalares em decorrência de uma tentativa de suicídio. Normalmente, em função da necessidade de liberação de leitos, são prestados os cuidados médicos e o paciente é liberado sem uma avaliação e uma transição de cuidados fundamentais para o atendimento das demandas que culminaram naquela tentativa de suicídio. É muito importante que as equipes de profissionais da saúde estejam preparadas para acolherem esses pacientes e a/o psicóloga/o pode contribuir para o desenvolvimento dessa competência. A alta hospitalar, idealmente, deve ser condicionada à uma avaliação da equipe de saúde mental do hospital, pois o risco de suicídio após uma tentativa continua elevado e deve ser monitorado por pelo menos um ano. O risco de suicídio também deve ser acompanhado em pacientes internados, ou em acompanhamento ambulatorial, que apresentem condições clínicas mais associadas ao risco, como dor crônica e doenças limitantes e/ou degenerativas.

Relação de UPAs do DF

Relação de hospitais do DF



SERVIÇOS DE SOCORRO E ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR: NUSAM/SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, POLÍCIA MILITAR

O Distrito Federal conta com Núcleo de Saúde Mental no SAMU para atendimento às urgências e emergências em saúde mental, com orientações por telefone ou envio de equipes especializadas para o atendimento dos casos. É possível acessá-lo por meio do número 192 em caso de risco iminente de uma tentativa de suicídio ou de tentativa de suicídio consumada, com necessidade de atenção médica. Os serviços de urgência e emergência são interligados e se houver a necessidade de acionamento do Corpo de Bombeiros (193) ou da Polícia Militar (190), a regulação terá condições de acionar esses serviços.

SERVIÇO TELEFÔNICO 24H: CVV

O Centro de Valorização da Vida é uma associação civil sem fins lucrativos e reconhecida por sua utilidade pública federal que oferta serviço voluntário e gratuito para apoio emocional e promoção da prevenção do suicídio, sendo assegurado o sigilo e anonimato. Para fazer uso do serviço, a pessoa pode ligar para o número 188, disponível 24 horas e sem custo. O acesso pode ser pelo site, por chat, por e-mail e pessoalmente, pois está em mais de 120 postos localizados nos 24 estados e no Distrito Federal. Pelo seu formato, o serviço pode ter importância substancial nos momentos de crise, ao explorar os sentimentos de ambiguidade da pessoa com comportamento suicida.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) são serviços especializados de saúde mental para atendimento de casos graves e persistentes, disponíveis à população, sem necessidade de agendamento prévio. Os CAPS são organizados em modalidades conforme faixa etária (CAPS infantojuvenil) e demandas de atendimento (álcool e outras drogas - CAPS AD; e para transtornos mentais - CAPS II ou III, aberto 24h). Todos os serviços têm como critério de inclusão para atendimento o risco de suicídio ou tentativa de suicídio recentes.

Você encontra a relação de serviços de saúde mental do DF aqui.

CLÍNICAS-ESCOLA

As clínicas-escola muitas vezes oferecem atendimento especializado de saúde mental e de longo prazo para casos mais graves. Diante da escassez de serviços da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil e no DF, muitas vezes são uma alternativa possível e gratuita para garantia do acompanhamento psicossocial. O manejo com ideações e tentativas de suicídio deve ser feito com respeito e disponibilidade (FUKUMITSU, 2014). No contrato terapêutico é importante deixar explícito o funcionamento da clínica-escola e a questão das supervisões. Assim como na clínica profissional, o sigilo do/da paciente é garantido, e o caso é discutido apenas no âmbito da supervisão, desde que não haja risco de vida.

Lista de instituições de ensino superior que oferecem atendimento psicológico

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

Anteriormente conhecidas como postos de saúde, as UBS são a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas possuem equipes de Saúde da Família (ESF), formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas equipes contam com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que possui profissionais especialistas em saúde, entre eles psicólogas e psicólogos.

Profissionais de Psicologia e demais trabalhadores da saúde podem promover cuidado (atenção) e prevenção para pessoas com ideação e tentativa de suicídio e automutilação, bem como, outros profissionais da saúde e educação. Outras questões também podem ser pontuadas, tais como a medicalização do sofrimento na atenção primária à saúde e a necessária ampliação da atuação de psicólogas, psicólogos e demais profissionais de saúde em relação à promoção da saúde e a prevenção de transtornos mentais.

Identifique a UBS mais próxima da residência do/da paciente e conheça a sua equipe de Saúde da Família. Essa equipe terá condições de prestar o primeiro atendimento, acompanhar os casos leves e moderados e encaminhar aqueles que precisarem para os serviços mais especializados.

NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASFS)

O NASF-AP (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária) é composto por profissionais das áreas de psicologia, fisioterapia, nutrição, saúde coletiva, farmácia, terapia ocupacional, serviço social, entre outras.

Quando o suicídio já se deu no contexto familiar, escolar, entre outros, uma estratégia de posvenção precisa ser implementada. A Equipe de Saúde da Família pode e deve acompanhar e fornecer escuta qualificada para a família que vivenciou a perda, grupos de luto e de posvenção ao suicídio podem ser construídos pelas equipes. O NASF-AP tem papel fundamental como articulador no território junto a ESF, mas também como matriciador da demanda de suicídio e automutilação para a ESF. Profissionais de saúde mental (psicólogas, psicólogos e terapeutas ocupacionais) podem compartilhar seus saberes para os demais profissionais do NASF-AP como das demais equipes (ESF, Consultório na Rua etc) visando expandir o cuidado e compartilhar estratégias de enfrentamento a essas situações. O mesmo pode ser feito com as escolas, familiares, mães e pais que buscam a UBS com crianças e adolescentes com ideação suicida, automutilação e/ou tentativas de suicídio.

CONSULTÓRIOS PARTICULARES

O consultório particular é um espaço destacado para a atenção a pessoas com comportamentos suicidas. Quando a busca pelo acompanhamento psicológico é voluntária, já traz em si um pedido de ajuda e uma disponibilidade para a mudança, o que certamente é um bom sinal. O sofrimento psíquico pode vir acompanhado de ideação e outros comportamentos suicidas. A avaliação do risco de suicídio permitirá um planejamento mais adequado para cada caso. É imp,ortante que a pessoa em sofrimento encontre um ambiente acolhedor para suas angústias e que possa falar abertamente sobre seus sentimentos e pensamentos.

O comportamento suicida surge quando a dor é insuportável, assim é preciso que a pessoa tenha acesso a alternativas para lidar com essa dor através da fala e de outros recursos terapêuticos medicamentosos e não medicamentosos (meditação, exercício físico etc.).



ESCOLAS E SETEMBRO AMARELO

Uma parcela considerável das tentativas de suicídio são de pessoas na faixa etária escolar. A escola, além de espaço de socialização e aprendizagem, deve ser também fonte de promoção de saúde e cuidado. Nesse sentido, é importante que todo o corpo docente esteja preparado para identificar sinais nos adolescentes. O *bullying* é um dos principais fatores associados ao risco de suicídio nessa faixa-etária. As vítimas sentem-se em estado constante de pressão psicológica, com efeitos na autoestima que podem perdurar até a idade adulta (BARBOSA et al., 2016). Combater o *bullying* e outras violências, promover discussões sobre as dificuldades emocionais e como enfrentá-las são de responsabilidade das escolas. Programas de desenvolvimento de habilidades socioemocionais (como, por exemplo, o programa Amigos do Zippy) são ferramentas importantes para o fortalecimento emocional na infância e adolescência e são muito eficazes para a prevenção do comportamento suicida na juventude e na vida adulta. Além dos programas de promoção, outras estratégias preventivas envolvem o desenvolvimento de um ambiente emocionalmente seguro no contexto escolar, com o treinamento de todos os profissionais que atuam na escola; a existência de espaços para o protagonismo juvenil e para expressão dos sentimentos, como a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), Caixa de Ferramentas (ASEC).

O Setembro Amarelo costuma ser abordado nas escolas com decoração nas cores da campanha, palestras e outras ações. Entretanto, a abordagem do tema diretamente com o público adolescente não é uma estratégia recomendada e pode ter efeitos contrários. Não estão indicadas atividades que tratem diretamente do tema suicídio, como redações, palestras, atividades extracurriculares etc. Entretanto, é importante haver preparo para lidar com o assunto caso surja entre estudantes. A capacitação de profissionais que atuam na escola deve considerar o desenvolvimento de habilidades de escuta empática, o acolhimento das demandas emocionais de estudantes e identificação precoce de estudantes em risco. Veja algumas orientações para o Setembro Amarelo na Nota Técnica emitida pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental do DF (SESDF, 2020b).

EXPERIÊNCIA EXITOSA
GESNER TEIXEIRA

No âmbito do DF, uma experiência que vale a pena conhecer, pois nos mostra como é possível articular os setores da educação e da saúde, é a do Centro Educacional Gesner Teixeira, escola pública localizada no Gama.
A partir da identificação da existência de muitos casos, entre estudantes, de automutilação e ideação suicida, a escola implementou rodas de terapia comunitária e outras práticas integrativas em saúde, tais como reiki, automassagem e meditação no próprio ambiente escolar. Os estudantes não só participam das atividades, mas contribuem com a gestão e oferta das mesmas, constituindo, entre eles, redes de apoio mútuo e cuidado compartilhado. Como resultado, as atividades proporcionaram melhora no desempenho escolar, a interrupção dos comportamentos de automutilação e ideações suicidas, contribuindo também o convívio social.

Mais informações:
Centro Educacional Gesner Teixeira: (61) 3901-4564; (61) 3392-2234.

Saiu na mídia!
- Escola pública no DF atua para prevenir depressão e automutilação

- Comitiva conhece práticas integrativas oferecidas pela Saúde em escola

SERVIÇOS DO SUAS: RENDA, MORADIA, VÍNCULOS FAMILIARES, DEFICIÊNCIA, VIOLÊNCIA

O SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é uma política pública presente em todo o Brasil com o objetivo de promover proteção social e garantia de direitos aos indivíduos e comunidade por meio de serviços, benefícios, programas e projetos. O modelo de gestão é articulado com a União, estados e municípios. Devido ao aumento significativo da pobreza, a saúde da população tem sido profundamente afetada, simultaneamente com a diminuição do financiamento das políticas sociais (SOUZA et al., 2019), situação que pode sobrecarregar o Sistema, aumentando a demanda por atendimento e diminuindo a oferta de serviços.

Entre os serviços ofertados, estão questões relacionadas a renda, moradia, vínculos familiares, deficiência, violência. Inserido na rede, o SUAS faz uma articulação importante como serviço de portas abertas ao conhecer os indivíduos e suas necessidades. Por serem serviços presentes na vivência dos usuários, pode identificar o risco de suicídio e encaminhar para os serviços competentes. Por serem qualificados, atuam junto a equipes multiprofissionais de saúde mental e suas condutas devem ser pautadas na promoção, cuidado e acesso às estratégias, com atenção aos fatores de risco e vulnerabilidades dos usuários dos serviços dentro da rede (OLIVEIRA; SOUSA, 2020).

EMPRESAS E ORGANIZAÇÕES

Vários fatores podem interferir na maneira como a pessoa se relaciona com o trabalho. O comportamento suicida no ambiente organizacional é resultado de uma interação complexa entre vulnerabilidades individuais (como o adoecimento mental) e estressores relacionados ao trabalho.

As organizações podem e devem ser agentes de prevenção do suicídio, desenvolvendo políticas endereçadas a essa questão. A OMS coloca que a melhor forma de lidar com essa questão é combinar ações preventivas como: a) promover mudanças na política organizacional no sentido de prevenir e reduzir estresse no trabalho; b) combater o estigma relacionado à dificuldades emocionais e incentivar o comportamento de busca de ajuda; c) promover o reconhecimento e detecção precoce de pessoas em sofrimento mental e emocional e d) promover acesso a tratamento fazendo o link entre a instituição e os recursos da comunidade externa.

Saiba mais acessando a cartilha da OMS para prevenção do suicídio no trabalho.



UNIDADES DE ATENDIMENTO

CRAS (Centro de Referência de Assistência Social);
CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social);
CENTRO POP (Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua);
Centro-Dia de Referência para Pessoa com Deficiência e suas Famílias;
Unidades de acolhimento (Casa Lar, Abrigo Institucional, República, Residência Inclusiva, Casa de Passagem).
Saiba mais clicando aqui e aqui.

O que a sociedade pode fazer para proteger



COM O EXPOSTO até aqui, fica evidente que o cuidado em relação a comportamentos suicidas, assim como à saúde mental, relaciona-se com determinantes que dizem respeito às condições de vida, renda, emprego, moradia, educação, cultura, raça. Neste capítulo, discutiremos algumas ações que podem ser tomadas pela sociedade como um todo e o papel das principais políticas sociais brasileiras.

A seguir, apresentamos uma reflexão sobre preconceito e estigma, trazendo elementos para a comunicação com a população, como nos debates de mitos e verdades e de aspectos protetivos e estressores. Em continuidade indicamos alguns alertas que precisam ser seguidos pela mídia e nas redes sociais. Finalizamos com uma reflexão sobre como as grandes questões políticas e econômicas afetam a saúde mental, com uma reflexão sobre o neoliberalismo e seus efeitos na subjetividade, as políticas de austeridade fiscal e desigualdade social, e sobre como defender os direitos e as políticas sociais traz benefícios concretos à vida em sociedade.

PRECONCEITO E ESTIGMA

A sociedade procura evitar tocar na temática do suicídio, comumente desqualificando aqueles que idealizam e tentam, favorecendo a estigmatização. Falar sobre suicídio é complexo e desafiador, ainda mais em culturas nas quais a morte é vista como assunto a ser evitado. Nesse sentido, articular discussões sobre a morte autoinfligida em diferentes espaços sociais demanda paciência daqueles que estão promovendo a reflexão (WERLANG, 2013). Na atualidade, a sociedade busca prolongar a vida a qualquer custo, logo, é importante perceber como essa concepção impacta na percepção do suicídio. As concepções sociais e a forma como a morte autoinfligida é retratada podem desqualificar aqueles que tentaram suicídio, promovendo uma culpabilização e estigmatização do indivíduo e seus familiares (BERENCHTEIN NETTO, 2013).

É importante buscar compreender as motivações do ato, bem como contribuir com a conscientização geral das pessoas para minimizar o estigma do ato suicida, para que pessoas acometidas por ideações suicidas possam compartilhar seus pensamentos e sentimentos. Além disso, é preciso enfatizar a oferta de um espaço de escuta para que as pessoas possam se sentir protegidas, acolhidas e compreendidas, tornando a prevenção mais efetiva.

MITOS & VERDADES

A estratégia de comunicação com a população em geral a partir da reflexão sobre mitos e verdades costuma ser bem sucedida, por dialogar com o conhecimento não-científico. Alguns mitos historicamente repetidos, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2014), favorecem a manutenção do estigma:

1. ***Quem pensa em cometer suicídio realmente quer se matar?***
A maioria das pessoas que pensam em se matar, na verdade, têm sentimentos ambivalentes. Elas desejam colocar um fim a um sofrimento.

2. ***É verdade que as pessoas que querem se suicidar não avisam?***
Às vezes sim, às vezes não. As pessoas com comportamentos suicidas frequentemente dão ampla indicação de sua intenção.

3. ***Existem suicídios que não podem ser prevenidos?***
Verdade. Mas 90% podem ser prevenidos.

4. ***Uma vez suicida, sempre suicida?***
Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são permanentes e em algumas pessoas eles podem nunca mais retornar.

5. ***Se eu falar sobre o suicídio com a pessoa que quer se matar, poderia está induzindo a isso?***
Não. Falar sobre o suicídio ajuda a pessoa a se sentir acolhida. É importante buscar ajuda profissional após esse momento.

6. ***A pessoa que ameaça suicídio deseja manipular os outros?***
A ameaça de suicídio deve ser sempre levada a sério. Isso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.

7. ***O suicídio é um ato de covardia ou de coragem?***
Nenhum dos dois. Na verdade, o que dirige a ação de suicidar-se é uma dor psíquica insuportável.



ASPECTOS PROTETIVOS & ESTRESSORES

A prevenção ao suicídio pode começar na família, seguido das escolas com programas psicoeducativos, sendo trabalhado com a comunidade conjuntamente (WERLANG, 2013). É importante a ampla divulgação sobre fatores de risco e de proteção.

FATORES DE RISCO

1. História de vida: perdas, traumas, maus-tratos, abuso (físico, sexual, psicológico), negligência;
2. Sofrimento psíquico grave;
3. Baixa tolerância à frustração e ambivalência;
4. Dor psíquica que dificulta pensar em alternativas para sua situação;
5. Contexto em que o indivíduo está inserido;
6. Abuso de álcool e/ou substâncias;
7. Perda de emprego, problemas financeiros;
8. Solidão, desesperança e autodepreciação.



FATORES DE PROTEÇÃO

1. Restringir e/ou dificultar o acesso a métodos que são perigosos;
2. Mídia abordar a temática com cautela, promovendo a conscientização;
3. Planejamento e adoção de políticas de redução de uso nocivo de álcool e outras drogas, avaliando o risco de suicídio e automutilação;
4. Identificação e cuidado de pessoas e comunidades com estresse emocional agudo;
5. Treinamento de profissionais de Saúde não especializados para identificação e manejo do comportamento suicida;
6. Acompanhar indivíduos que tentaram suicídio dentro dos serviços em rede;
7. Intervenções e programas de capacitação em escolas para promoção de habilidades emocionais;
8. Ampliação do suporte social dentro da comunidade, capacitando as pessoas a reconhecer e buscar recursos e/ou serviços;
9. Enfrentar os estigmas, discutindo-os;
10. Atenção aos dados ofertados sobre tentativas de suicídio dentro do contexto em que a pessoa está inserida.

MÍDIA

A temática do suicídio tem sido cada vez mais abordada em grandes meios de comunicação e rede sociais, por meio de campanhas de conscientização, especialmente a partir do ano de 2017 (BTESHE, 2018). Existem indícios do aumento dos números de suicídio após a exposição midiática de um caso, no entanto, os dados científicos indicam que não se trata da divulgação em si, mas da forma como se divulga que influencia no aumento dos casos (OMS, 2000b). Considerando o efeito contágio, a OMS (2000b) recomenda que os casos de suicídio sejam reportados com cuidado. Dentre os cuidados a serem tomados estão: a não divulgação do método empregado, não divulgação de fotos do morto ou de cartas de despedida, não glamourização da pessoa morta por suicídio, evitar coberturas sensacionalistas e repetitivas sobre o caso, explorar o caso sem julgamento moral. Além disso, sempre que uma reportagem sobre suicídio ou saúde mental for produzida, é importante incorporar informações sobre serviços de saúde mental e apoio emocional (como o CVV) e tentar desmistificar visões estigmatizantes sobre transtornos mentais, como por exemplo associar suicídio a transtornos mentais. Dessa forma, a divulgação deve ser uma oportunidade de falar abertamente sobre o assunto e promover maior conscientização da população.

Estudo com profissionais de saúde aponta que a publicização do suicídio de um paciente é fator estressor para os profissionais enlutados (LANDERS; O'BRIEN; PHELAN, 2010). Além disso, os efeitos da publicização do suicídio de celebridades têm implicações para a saúde mental similares ao enlutamento por suicídio, especialmente entre adolescentes (CEREL et al., 2014). Recentemente houve a polêmica série *13 Reasons Why*, que apresenta o suicídio de uma adolescente dentro de uma visão romanceada sobre a situação. A série recebeu diversas críticas e uma pesquisa aponta que a série explorou o suicídio de forma irreal, apelando para cenas explícitas e que pouco contribuiu para a discussão do tema entre os jovens (MCKENZIE et al., 2020). Assim, é importante uma postura ética por parte de profissionais da mídia, levando em consideração os efeitos da publicização e exploração do tema para todos os envolvidos.

REDES SOCIAIS

As redes sociais têm um papel muito semelhante ao da mídia tradicional como jornais e revistas, com agravante de não contarem com editor responsável pelo que as pessoas compartilham. Para isso, é importante que os órgãos públicos que trabalham com prevenção ao suicídio, bem como as plataformas das redes sociais, organizem campanhas educativas.

EXPERIÊNCIA EXITOSA
CAMPANHA PARA WHATSAPP PELA PM-AL

A Polícia Militar de Alagoas identificou suicídios entre policiais em 2018. A hipótese era de efeito contágio por vídeos e imagens compartilhados pelo WhatsApp. Em 2019, lançaram uma campanha com cards de conscientização, que eram disparados sempre que havia algum caso. Nos cards, as mensagens eram "não publique fotos do falecido", "não informe detalhes específicos do método utilizado", "não compartilhe cartas de suicídio", "não procure um culpado". Em cada uma das mensagens eram oferecidos contatos de ajuda para situações de crise. O compartilhamento de mensagens caiu sensivelmente, assim como o suicídio entre policiais militares.



AUSTERIDADE FISCAL E DESIGUALDADE SOCIAL

No Brasil, um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) sobre os determinantes econômicos do suicídio apontou que o aumento das desigualdades está relacionado ao crescimento das taxas de suicídio no País (LOUREIRO; MENDONÇA; SACHSIDA, 2010). Também foram encontradas relações entre políticas de austeridade e suicídio. As políticas de austeridade levam a cortes nos investimentos públicos, em especial em políticas sociais (ANTONAKAKIS; COLLINS, 2014).

Em tempos de crise econômica, desmonte e cortes das políticas sociais (com a Emenda Constitucional nº 95), ataques aos direitos trabalhistas e outras políticas que aumentam a desigualdade social, é fundamental que estejam bem estabelecidos os efeitos dessas políticas para o sofrimento dos sujeitos e o provável aumento nos casos de suicídio.

NEOLIBERALISMO E OS EFEITOS NA SUBJETIVIDADE

Na contemporaneidade, o cenário econômico mundial tem se construído em concordância com a lógica neoliberal, que promove a intensificação das desigualdades sociais, em decorrência da crescente concentração de riquezas e da ausência de políticas de redistribuição de renda (PIKETTY, 2014). Contudo, o neoliberalismo, mais do que uma ideologia econômica, tornou-se um modo de funcionamento que se prolonga desde o Estado até o mais íntimo da subjetividade (DARDOT; LAVAL, 2016). Tendo em vista que a lógica neoliberal pressupõe que as relações sejam pautadas pelo hiperconsumo e pela permanente competitividade, observa-se, nas últimas décadas, um prejuízo nos vínculos afetivos e uma intensificação do sofrimento psíquico.



A saúde mental tem sido uma pauta importante justamente pela prevalência das demandas de vulnerabilização neste campo, sendo o suicídio um preocupante sintoma dessa realidade. O grande aumento da epidemiologia do comportamento suicida nas últimas décadas se relaciona com as mudanças culturais e sociais ensejadas pelo neoliberalismo, como o enaltecimento do individualismo, a midiatização da vida e a precarização dos relacionamentos (BERARDI, 2015).

GARANTIA DE DIREITOS E POLÍTICAS SOCIAIS: O PAPEL DO SUS, SUAS E EDUCAÇÃO

Para garantir saúde mental e prevenir o suicídio é fundamental que os direitos sociais sejam garantidos. Consta no art. 6º da Constituição Federal que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Esses direitos são efetivados pelas políticas sociais. Na educação, estão todas as crianças e adolescentes. O SUAS tem seus serviços presentes em todo o Brasil com o objetivo de garantir proteção social e os direitos relativos a renda, moradia, vínculos familiares, deficiência, violência. No Sistema Único de Saúde (SUS), o maior sistema universal de saúde do mundo, fazem-se presentes os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade.

As políticas de austeridade, de retirada de direitos e fechamento de serviços atentam contra a saúde mental e podem aumentar os casos de suicídio. A Emenda Constitucional nº 95 congela investimentos sociais por 20 anos e precisa ser revertida. Só com políticas públicas fortes de educação, assistência social e saúde será possível garantir saúde mental a cada uma e cada um.

Conclusão

Ao redigir as presentes orientações, o **CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL** (CRP 01/DF) e seus colaboradores buscaram fornecer informações e reflexões essenciais para ajudar o trabalho daqueles que, em sua prática profissional e de cuidado, lidam com temas tão delicados como o do suicídio e da automutilação. Esperamos oferecer a profissionais de psicologia e outros profissionais de saúde e educação um contato qualificado, ainda que introdutório, a temas que, apesar de terem ganhado espaço na mídia e no debate público, ainda são amplamente desconhecidos e fontes importantes de insegurança.

Longe da pretensão de esgotar os temas em tela, ao longo destas páginas, as autoras reconhecem, apontam e advertem para a natureza extremamente complexa, multidimensional e desafiante de comportamentos cuja sombra estão associados a uma enorme carga de vulnerabilidade, estigma e dor. Historicamente, o suicídio e a automutilação representam importantes desafios conceituais e práticos para profissionais e estudiosos de campos como a medicina, a filosofia, a psicologia, a psiquiatria, a educação, a antropologia e a sociologia. Marx (2006) já afirmava que o suicídio é um entre tantos sintomas da luta social geral.

Assim, com base em nossas experiências profissionais e estudos acadêmicos e diante da limitação de um texto que se propõe introdutório, buscamos apontar para dimensões julgadas mais importantes ao se considerar os desafios do suicídio e da automutilação. Denunciando as respostas reducionistas, moralistas e os lugares comuns tão frequentes na abordagem dos referidos fenômenos, foram destacados os atravessamentos e arranjos históricos, sociais, identitários, econômicos, de gênero, raça, os eventos de vida, as questões políticas e psicológicas que compõem sua complexidade.

Fica um apelo para a construção de formas de enfrentamento coletivas. Um apelo que compreende a construção de uma sociedade pautada em valores como a solidariedade e a empatia. Um apelo que compreende, sobretudo, a construção de uma sociedade capaz de responder à enorme tragédia humana por trás das estatísticas, investindo em políticas públicas comprometidas com a promoção da saúde mental e do bem viver de cidadãos e cidadãs. Políticas medicalizantes, biologizantes, manicomiais e higienistas não nos interessam, mas políticas que atravessam os muros dos hospitais, clínicas e Centros de Atenção Psicossocial e que cheguem nas escolas, nas fábricas, nas empresas, nos lares - políticas de saúde mental permanentes, que mostrem o compromisso com a vida em todos os dispositivos que compõem o tecido social e que acompanhem as pessoas em todas as etapas de sua vida. Trata-se de um apelo por uma sociedade capaz de reconhecer seus grupos de maior vulnerabilidade; capaz de tecer críticas ao seus modos danosos de funcionamento e compreender que a melhor estratégia de prevenção de suicídio é a promoção de um estado de bem estar coletivo, que só se faz possível pela promoção dos direitos humanos, pelo respeito à diversidade expressa em todas as formas de ser e existir e pela construção de meios concretos e subjetivos para que os indivíduos em sofrimento possam cultivar a esperança e fazer uma escolha definitiva pela vida.

Referências

ALMEIDA, S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.

ALLEN, F. Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal, 2016.

ANTONAKAKIS, N.; COLLINS, A. The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern greek tragedy. Social Science & Medicine, v. 112, p. 39-50, 2014.

BAÉRE, F. A Mortífera Normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, v. 2, n. 1, p. 128-140, 2019.

BAÉRE, F.; ZANELLO, V. Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. Psicologia em Estudo, v. 25, e44147, 2020.

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, A. K. L.; PARENTE, T. D. L.; BEZERRA, M. M. M.; MARANHÃO, T. L. G. Bullying e sua relação com o suicídio na adolescência. Id On-Line: Revista Multidisciplinar e de Psicologia¸v. 10, n. 31, p. 202-220, 2016.

BARRERO, S. P.; NICOLATO, R.; CORRÊA, H. Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. In: CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. (Eds.). Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 103-113.

BERARDI, F. Heroes: mass murder and suicide. London: Verso Books, 2015.

BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CFP (Org.). Suicídio e os desafios para a psicologia. Brasília: CFP-Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 15-24.

BTESHE, M. O suicídio na mídia: Reflexões para o cuidado em saúde mental. RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 12, n. 3, p. 252-257, 2018.

BORGES, L. O.; TAMAYO, A. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, v. 1, n. 2, p. 11- 44, 2001.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol USP, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

______. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CALDEIRA, P. I. B. Tentativa de suicídio e ideação suicida na adolescência: uma amostra clínica. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, 2015.

CÂNDIDO, A. M. O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CANETTO, S. S.; SAKINOFSKY, I. The gender paradox in suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, v. 28, n. 1, p. 1-23, 1998.

CEREL, J.; MCINTOSH, J. L.; NEIMEYER, R. A., MAPLE, M.; MARSHALL, D. The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. Suicide Life Threat Behav, v. 44, n. 6, p. 591-600, 2014.

CEREL, J.; JONES, B.; BROWN, M.; WEISENHORN, D. A.; PATEL, K. Suicide Exposure in Law Enforcement Officers. Suicide & Life-Threatening Behavior, v. 49, n. 5, p. 1281-1289, 2019.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP. 2014.

CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. L. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. J. bras. psiquiatr., v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial Na Pandemia de COVID-19: processo de luto no contexto da COVID-19. [S.l.]: Fiocruz, 2020. Acesso em: 8 ago 2020.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. Psicol. USP, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014.

______. Suicídio, luto e pósvenção. In: FUKUMITSU, K. O. (Org.) Vida, morte e luto: atualidades brasileiras. São Paulo: Editora Summus, 2018, p. 216-231.

GIUSTI, J. S. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GRANT, J. M.; MOTTET, L. A.; TANIS, J.; HERMAN, J. L.; HARRISON, J.; KEISLING, M. National transgender discrimination survey report on health and health care. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force, 2010.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

KAWOHL, W.; NORDT, C. COVID-19, unemployment, and suicide. The Lancet Psychiatry, v. 7, n. 5, p. 389-390, 2020.

KOCH, B. J. The psychological impact on police officers of being first responders to completed suicides. Journal of Police and Criminal Psychology, v. 25, n. 2, p. 90-98, 2010.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v.6, p. 79-90, 2003.

LANDERS, A.; O'BRIEN, S.; PHELAN, D. Impact of patient suicide on consultant psychiatrists in Ireland. The Psychiatrist, v. 34, n. 4, p. 136-140, 2010.

LEENAARS, A. Lives and deaths: selections from the works of Edwin S. Shneidman. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.

LIMA, M. E. A.; BORGES, A. F. Impactos psicossociais do desemprego de longa duração. In: GOULART, I. B. (Org.). Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 337-355.

LYRA, R. L. A experiência do processo de envelhecimento a partir da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LYRA, R. L.; TAVARES, M. Comportamento suicida entre idosos e políticas públicas de saúde. In: ANTLOGA, C.; BRASIL, K. T.; LORDELLO, S. R.; NEUBERN, M.; QUEIROZ, E. (Orgs.). Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 4. Brasília: Technopolitik, 2019, p. 341-362.

LOUREIRO, P. R.; MENDONÇA, M. J.; SACHSIDA, A. Os determinantes econômicos do suicídio: um estudo para o Brasil. Brasília: IPEA, 2010.

MARX, K. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo, 2006.

MCKENZIE, S. K.; JENKIN, G.; STEERS, D.; MAGILL, R.; COLLINGS, S. Young people's perspective and understanding of suicide story in 13 Reasons Why: a qualitative study. Crisis, 2020.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; MANGAS, R. M. N. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 4, p. 981-1002, 2017.

MS - Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017a. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf. Acesso em: 19 jul 2020.

______. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

______. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde e Universidade de Brasília, 2018.

______.. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim Epidemiológico, v. 50, n. 24, p. 1-14, 2019a. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf. Acesso em: 8 ago 2020.

______. Estratégias de prevenção do suicídio em povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf. Acesso em: 8 ago 2020.

MINOIS, G. História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo: UNESP, 2018.

MIRANDA, D. Por que policiais se matam?: diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016.

MONTENEGRO, B. F. S. P. O julgamento clínico do risco de suicídio. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

NAVASCONI, P. V. P. Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens Negros(as) LGBTTIs. Belo Horizonte: Editora Letramento, 2019.

NEVES, D. P. Alcoolismo: Acusação Ou Diagnóstico?. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 1, p. 7-14, 2004.

OLIVEIRA, A. L. X.; SOUSA, F. D. T. Saúde Mental: Um artigo de revisão sobre a Saúde Mental no Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, v. 11, n. 5, p. 198-212, 2020.

OLIVEIRA, C. S.; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre Povos Indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Archives of Clinical Psychiatry, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra: OMS, 2000a. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf. Acesso em 8 ago 2020.

______. Prevenção ao suicídio: um manual para profissionais da mídia. Genebra: OMS, 2000b. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 8 ago 2020.

______. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

______. Public health action for the prevention of suicide: a framework. [local]: [editora], 2012.

______. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 2 mar 2020.

______. Prevención del suicídio: un imperativo global. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014.

———. Suicide in the World: global health estimates. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/suicide--in-the-world. Acesso em 8 ago 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa - Suicídio. [S.l.]: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=-com_content&view=article&id=5671:-folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 2 mar 2020.

PIKETTY, T. O capital no século XXI. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PINHEIRO, L.; MONTEIRO, J. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 10, n. 2, p. 35-45, 2007.

REDDY, M. S. Suicide Incidence and Epidemiology. Indian Journal of Psychological Medicine, v. 32, n. 2, p. 77-82, 2010.

RIBEIRO, D. B.; TERRA, M. G.; SOCCOL, K. L. S.; SCHNEIDER, J. F.; CAMILLO, L. A.; PLEIN, F. A. S. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2016.

SCAVACINI, K.; CORNEJO, E. R.; CESCON, L. F. Grupo de apoio aos enlutados por suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. Revista M, v. 4, n. 7, p. 201-214, 2019.

SESDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023. Brasília: SES, 2019.

______. Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências. Relatório de morbimortalidade por tentativa de suicídio no Distrito Federal. Brasília: SES, 2020a.

______. Nota Técnica nº 5/2020: orientações sobre o planejamento de atividades relacionadas à prevenção do suicídio. Brasília: SES, 2020b.

SHNEIDMAN, E. Suicide as psychache. Journal of Nervous and Mental Disease, v. 181, p. 147-149, 1993.

SILVA, M. A.; BUENO, H. P. V. O suicídio entre policiais militares na polícia militar do Paraná: Esforços para prevenção. Revista de Ciências Policiais da APMG, v. 1, n. 1, p. 5-23, 2017.

SILVA, M.; CARDOSO, G.; SARACENO, B.; ALMEIDA, J. C. A Saúde Mental e a Crise Económica. In: SANTANA, P. (Org.). Território e saúde mental em tempos de crise. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2015, p. 61-74.

SILVA, V. F. Ideação suicida: um estudo de caso-controle na comunidade. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SOUZA, J. Crack e Exclusão Social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania - Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

SOUZA, L. E. P. F.; BARROS, R. D.; BARRETO, M. L.; KATIKIREDDI, S. V.; HONE, T. V.; SOUSA, R. P.; LEYLAND, A.; RASELLA, D.; MILLETT, C. J.; PESCARINI, J. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. BMJ Global Health, v. 4, e001661, 2019.

VAN ORDEN, K. A.; BAMONTI, P. M.; KING, D. A.; DUBERSTEIN, P. R. Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults?. Aging & Mental Health, v. 16, n. 7, p. 855-860, 2012.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad. Saúde Pública, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

WERLANG, B. S. G. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 8, p. 1955-1957, 2012.

WERLANG, B. S. G. Suicídio uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.), O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília: CFP, 2013, p. 43-58.

Esta publicação foi diagramada com
as tipografias Barlow e Open Sans.

CRP DF 01 DF CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF